

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1895, à 1 heure

Par GEORGES LETOREY

Né au Havre, le 9 juin 1868

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE L'ESTOMAC

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. } PANAS, professeur.
 } BRUN, NETTER. agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1895, à 1 heure

Par GEORGES LETOREY

Né au Havre, le 9 juin 1868

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

DE L'ESTOMAC

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. PANAS, professeur.
BRUN, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULEBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PROUST

Commandeur de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Lors de notre externat dans le service de M. le professeur Proust, nous eûmes la bonne fortune d'observer un cas d'ulcération tuberculeuse de l'estomac.

Le puissant intérêt qui s'attache à cette question vu sa rareté, fit, que sur les conseils de notre éminent maître, nous fîmes de ce sujet l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous avons pu réunir 21 observations ayant trait à cette affection, nous croyons apporter ainsi quelques nouveaux éléments aux travaux remarquables déjà publiés sur cette question.

Après avoir brièvement rappelé l'histoire des ulcérations tuberculeuses de l'estomac, et par l'étude critique de nos observations, ainsi que par celle des différents travaux publiés à ce sujet, nous nous efforcerons d'établir l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le pronostic, le diagnostic et le traitement. Nous pourrons alors en déduire nos conclusions.

Qu'il nous soit permis, selon la coutume, de remercier en tête de ce travail les maîtres dont nous avons suivi les enseignements au cours de nos études médicales,

Que M. le Professeur Proust, auquel nous devons l'idée première de ce travail, et dont nous avons eu le grand honneur d'être l'externe, veuille bien agréer l'assurance de notre sincère et profonde gratitude.

En voulant bien accepter la présidence de notre thèse, M. le professeur Proust a droit à notre vive reconnaissance.

Nous adressons nos meilleurs remerciements à nos maîtres de Rouen dont les excellents conseils nous ont été si précieux au cours de notre première année.

M. le professeur Tillaux a été notre premier maître à la Faculté de Paris. Nous avons conservé de son enseignement, ainsi que de l'amitié toute particulière qu'il a bien voulu nous témoigner, le plus inoubliable souvenir.

Nous avons suivi ensuite, avec grand intérêt et profit, les leçons si remarquables de M. le professeur Germain Sée dont nous fûmes l'externe.

Nous conserverons toujours la mémoire du regretté et éminent professeur Charcot qui avait bien voulu nous accepter comme externe.

Remercions également M. le professeur Budin et M. Boissard pour l'enseignement si pratique qu'ils nous donnèrent lors de notre stage d'accouchement.

Que MM. Walther et Thoinot reçoivent aussi l'assurance de notre profonde gratitude pour ce que nous avons appris auprès d'eux.

Nous remercions spécialement M. Mathieu, non-seulement pour les notions si utiles qu'il nous a données sur les maladies de l'estomac, mais encore pour l'obligeance toute particulière avec laquelle il a bien voulu nous communiquer une observation inédite pour ce travail.

M. Bourges a bien voulu faire l'examen histologique de la pièce qui fait le sujet de notre observation personnelle, qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

Nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à M. le Dr Courbet pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné. Que M. le Dr Rieffel soit persuadé que nous n'oublions pas les bons conseils qu'il a bien voulu nous donner au début de nos études.

Remercions aussi notre ami et concitoyen Termet, interne des hôpitaux, pour les quelques conseils qu'il nous a donnés au sujet de ce travail.

HISTORIQUE

L'histoire des ulcérations tuberculeuses de l'estomac ne constitue qu'une part de la tuberculose stomacale. Les travaux sur ce dernier sujet, sont extrêmement nombreux, mais parmi eux, la plupart, telle par exemple la monographie de M. Marfan, concerne plutôt les lésions de l'estomac chez les tuberculeux que les lésions nettement tuberculeuses de l'estomac. Encore est-il, que dans ce dernier groupe de faits, il y a une distinction à faire, entre ceux qui ont trait à la tuberculose stomacale sans ulcérations et ceux qui s'accompagnent de cette lésion.

Nous n'entreprendrons pas de rappeler les différents travaux publiés sur la tuberculose de l'estomac.

La première mention que nous ayons pu trouver de l'ulcération tuberculeuse de l'estomac, est l'observation publiée par Bignon en 1853. Depuis nous trouvons à citer les travaux de Rokitansky en 1861, lequel considère les ulcérations tuberculeuses de l'estomac comme consécutives à celles de l'intestin. Cruveilhier se borne à les mentionner. Forster (1863) partage l'opinion de Rokitansky, Klebs (1868) décrit cette lésion comme très rare et n'en

donne qu'une description sommaire. Paulicky (1867), Wilson Fox (1872), Bekque ont signalé plusieurs cas de cette affection. Spillmann (1878). Au cours de sa thèse d'agrégation résume l'état des connaissances sur ce sujet à cette époque. Lebert (1879) revient sur ce sujet, mais s'étendit plutôt sur les tubercules que sur les ulcérations. Eppinger (1882) publia deux cas que nous rapporterons dans le cours de ce travail. Birch-Hirschfeld (1883) passe très rapidement sur la description de ces lésions. Puis vient le remarquable travail de M. Marfan (1887) qui apporte de nouveaux éléments à la question. Orth, la même année, consacre quelques lignes aux ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Enfin MM. Cornil et Ranvier dans leur *Manuel d'histologie pathologique* parlent également de cette lésion.

Nous arrêterons là notre historique qui pourrait devenir une énumération fastidieuse, ce serait d'ailleurs faire double emploi que de citer ici divers auteurs dont nous parlerons plus explicitement au cours de ce travail.

Nous nous bornerons à rappeler ici les noms de Kühf, Rehn, Breus et Lange, qui ont publié sur cette matière des travaux qui n'ont pu trouver place au cours de cette étude.

A propos des différents chapitres, nous aurons également à citer nombre d'auteurs.

1. Spillmann (1878). Au cours de sa thèse d'agrégation résume l'état des connaissances sur ce sujet à cette époque.

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Tous les auteurs s'accordent à décrire cette affection comme extrêmement rare. M. Marfan, dans la thèse duquel nous avons puisé quelques observations, rapporte quatorze cas de tuberculose de l'estomac, dont tous ne sont pas accompagnés d'ulcère.

Pour MM. Grancher et Hutinel, ce fait est une curiosité anatomique.

Les auteurs des principaux traités classiques sont unanimes à en proclamer la rareté. Tels sont : Cruveilhier, Rokitansky, Bock, Andral, Forster, Cornil et Ranvier, Waldenburg, Ziegler, Orth, Klebs, Birch-Hirschfeld, Laboulbène, Parrot, Papavoine, Steiner et Neuretter.

Lebert et Rilliet et Barthez sont peut-être les seuls qui semblent considérer cette affection comme un peu plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

Si nous devons citer quelques chiffres, nous verrons que Rilliet et Barthez, sur 141 cas de lésions tuberculeuses du tube gastro-intestinal, ont trouvé 20 fois des ulcérations — 6 étaient certainement tuberculeuses, 14 douteuses.

Papavoine, n'a trouvé qu'un cas, et douteux encore, sur 50 autopsies.

Lombard, cité par Andral, n'en a pas trouvé un seul cas sur 100 nécropsies.

Quatre cas de tuberculose gastrique sur 241 cas de tuberculose du tube digestif d'après Villigh.

Quatre cas aussi sur 302 examens d'après Steiner et Neuretter. Gehrhardt, signale deux cas d'ulcère tuberculeux de l'estomac, sur 418 autopsies d'enfants tuberculeux.

Enfin, d'après Spillmann, Dietrich sur 103 autopsies d'ulcères, en aurait trouvé 18 tuberculeux, Steiner, 33 sur 110; Volkmann, 5 sur 48, soit en tout une moyenne de 22 pour 100.

La rareté de ces faits étant admise, il est reconnu pour la plupart des auteurs, que la fréquence de ces cas, est plus grande chez l'enfant, que chez l'adulte. Telle est l'opinion de Rilliet et Barthez, de Barbacci, de Papavoine de Bednar et de Cazin.

Gehrhardt considère que cette affection est pour le moins aussi fréquente chez l'adulte. Sur vingt-deux observations nous n'en avons trouvé que trois se rapportant à des enfants.

Quant au sexe, les auteurs sont muets à ce sujet. Si nous consultons la série de nos observations, nous voyons que sur vingt cas dans lesquels il est fait mention du sexe, quinze ont rapport à des hommes et quatre seulement à des femmes.

L'accord est également presque parfait entre tous ceux qui ont traité cette question, pour reconnaître que cette

lésion est presque toujours secondaire. Toutefois, Rokitsansky admet qu'elle peut être, exceptionnellement il est vrai, primitive. Förster partage cette opinion. Pour Bock, Cornil et Ranvier, elle est toujours secondaire.

Il nous semble que l'opinion la plus rationnelle est celle des auteurs qui la considèrent comme secondaire.

Si nous en croyons ce que nous avons relevé dans nos observations, il existerait toujours chez les sujets atteints d'ulcération tuberculeuse de l'estomac, d'autres lésions de même nature dans les divers organes.

Dans la plupart de ces cas même l'ulcération stomacale semble ne s'être montrée qu'à une période avancée de l'infection tuberculeuse.

Certains auteurs ont voulu incriminer comme cause de tuberculose stomacale l'ingestion d'aliments contenant le contagium tuberculeux. Si cela peut être admis dans certains cas, il est impossible de l'admettre dans la généralité des faits.

On a pu incriminer aussi la déglutition des crachats par certains sujets atteints de phtisie pulmonaire, mais, cette hypothèse nous paraît également douteuse.

Nous croyons plus logique d'admettre que le bacille est apporté à l'estomac par la voie circulatoire; d'ailleurs pour Barbacci ce sont presque toujours les follicules lymphatiques de l'estomac qui seraient le point de départ de cette affection.

Différentes maladies peuvent évidemment favoriser la localisation de la tuberculose sur l'estomac, en diminuant la vitalité de cet organe; citons principalement l'ulcère rond, et les gastrites chroniques, surtout la gas-

rite alcoolique. Ces maladies, on le sait, agissent également sur l'état général du sujet.

Cependant malgré ce que nous venons de dire, l'ulcère tuberculeux restant une rareté, nous devons examiner quelles en sont les raisons.

Barbacci se base sur le petit nombre des formations lymphoïdes de l'estomac, signalées par Kolliker, Toldt, Stöhr et Schenk, niées même par Klein. Mais cette raison ne serait pas suffisante à elle seule, aussi Ziegler et Orth ont invoqué les propriétés bactéricides du suc gastrique. Falk a démontré que le suc gastrique entravait dans une certaine mesure le développement du bacille de Koch. Straus et Wurtz ont admis cette dernière opinion. Toutefois, pour détruire la virulence du bacille de Koch expérimentalement il faut un contact avec le suc gastrique, prolongé pendant un nombre d'heures beaucoup plus considérable que celui de la digestion stomacale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'entreprendrons pas de reproduire dans ce chapitre l'étude détaillée des ulcérations tuberculeuses de l'estomac, que l'on pourra retrouver du reste à la suite de nos diverses observations.

Nous nous efforcerons simplement de résumer ici les principaux caractères que présente, macroscopiquement et microscopiquement, la lésion dont nous nous occupons.

Sur ce sujet, les examens faits par Bignon, Remy, Cornil, Balzer, Barbacci, etc., nous seront très utiles. D'ailleurs, ainsi que l'a fait remarquer Spillmann, l'anatomie pathologique est le chapitre certainement le mieux connu dans l'histoire de la tuberculose gastrique. Du reste, la découverte par Koch en 1882 du bacille de la tuberculose et de ses modes de coloration, est venue apporter à cet égard de précieux éléments de certitude.

Dans la plupart de nos observations, on voit par ordre de fréquence, les ulcérations siéger : 8 fois sur le pylore, 4 fois sur la grande courbure, 3 fois sur la face antérieure et sur la face postérieure, 2 fois sur la petite courbure et le cardia, et une fois sur la grosse tubérosité.

Quant au nombre, nous voyons que 15 fois sur 21 l'ulcération était unique. Dans les 6 autres cas la lésion était multiple.

Ces ulcérations sont généralement arrondies ou ovales. Leurs dimensions sont très variables, on en voit qui ont trois, cinq centimètres de diamètre et d'autres qui égalent à peine les dimensions d'une tête d'épingle (obs. XIX).

Leurs bords présentent des aspects différents, suivant les dimensions de l'ulcère. Déchiquetés, irréguliers, épaissis, surplombant même quelquefois le fond dans les grands ulcères, ils sont au contraire taillés à pic dans ceux de petite dimension.

Leur face interne regardant la cavité est souvent colorée d'une teinte qui varie du rougeâtre au gris-jaunâtre et provenant de pigments sanguins plus ou moins altérés.

Leur fond tomenteux paraît souvent recouvert d'une couche de matière amorphe, dans laquelle on trouve de place en place de petits corpuscules arrondis qui ne sont autres que des granulations tuberculeuses. La couleur de ce fond est tantôt rouge noirâtre, tantôt variant du gris au jaune. Les petits corpuscules sont généralement d'une teinte plus claire que le fond.

Tel est l'aspect le plus habituel sous lequel se présente l'ulcération tuberculeuse de l'estomac. Mais quelquefois, on observe à un stade plus avancé des lésions plus considérables. C'est ainsi que l'on trouve au centre du fond, un petit orifice qui fait communiquer l'ulcère avec une cavité plus profonde. Cet aspect comparable jusqu'à un

certain point à l'abcès dit en bouton de chemise, est dû à ce que la tunique musculaire de l'estomac, plus résistante, n'a été perforée qu'en un point restreint, alors que les tuniques sus-jacentes se laissaient altérer plus facilement.

Dans ces cas de perforation incomplète, la sèreuse est épaissie, infiltrée, parfois au point de simuler un nodule (obs. XIX).

Parfois, le processus ne s'arrête pas là. Il se produit une adhérence avec une anse intestinale voisine dont l'ulcère perfore les parois. Cependant la fistule complète n'a pas été observée.

Dans un cas (Obs. XVI), il y eut fistule complète qui fit communiquer à travers l'anneau pylorique l'estomac avec le duodénum.

Dans notre observation personnelle le fond de l'ulcère était constitué par le foie, adhérent en ce point à l'estomac et creusé lui-même assez profondément.

Une fois on a observé (Obs. I) la perforation d'un gros vaisseau par une ulcération tuberculeuse.

Dans d'autres faits du même genre, l'adhérence de l'estomac avec les viscères voisins ne s'est pas produite et on a pu observer une perforation simple.

Quelquefois on observe aussi comme lésion à distance (Rokitansky et Fœrster), la tuberculisation et la caséification des ganglions qui reçoivent les lymphatiques des régions ulcérées.

Microscopiquement. — Nous pouvons diviser l'étude des lésions avec M. Balzer en trois zones.

1° Dans la zone caséuse qui occupe le centre de la

lésion, on trouve de petites cellules granuleuses, situées au milieu d'un réticulum à larges mailles et entouré de vaisseaux oblitérés. Les gros tubercules sont formés par la coalescence de plusieurs granulations telles que les a décrites Barbacci (Obs. XIX).

La partie de la *muscularis mucosæ* située dans cette région, a subi la dégénérescence granuleuse et est infiltrée de cellules embryonnaires (Balzer, Obs. X).

2^o Zone embryonnaire. Le tissu conjonctif a ses mailles infiltrées par des cellules jeunes qui compriment les vaisseaux; ces derniers réagissent et se trouvent oblitérés par prolifération des cellules endothéliales de leur tunique interne.

On ne trouve généralement pas (Barbacci, Balzer) de cellules géantes à ce niveau.

3^o Zone péri-tuberculeuse caractérisée par l'irritation de toute la muqueuse. La couche glandulaire est irritée, les cellules épithéliales des glandes sont multipliées, ainsi que leurs noyaux. Elles ont perdu leur type classique et secrètent du mucus en abondance. Entre les culs-de-sac glandulaires, infiltration et prolifération de cellules embryonnaires.

La sous-muqueuse, présente les mêmes altérations, mais moins prononcées. Sa partie profonde reste même généralement indemne.

Dans les cas plus avancés, tels que celui de l'observation XIX, par exemple, la tunique musculaire de l'estomac est intéressée et présente des altérations analogues à celles décrites pour la *muscularis mucosæ*.

Les autres tuniques, ainsi que la séreuse, présentent les lésions banales de l'inflammation.

Dans certains cas, en particulier dans ceux qui font le sujet des observations XVI et XX, on a pu trouver des bacilles de Koch parfaitement colorés et reconnaissables.

SYMPTOMES

La symptomatologie de cette affection, vu la difficulté du diagnostic pendant la vie, est loin d'être nettement établie. Du reste un certain nombre des observations restent muettes à ce sujet.

Dans celles qui contiennent une étude clinique, on voit que les symptômes observés sont assez diffus et ne présentent rien de bien pathognomonique. Dans la plupart des cas même, les signes caractéristiques des ulcérations de l'estomac (douleur hématomèse) font défaut.

Vouloir passer en revue tous les symptômes qui ont été signalés serait refaire, pour ainsi dire, toute la séméiologie des affections gastriques.

Nous nous bornerons donc à résumer rapidement, les principaux symptômes que nous trouvons rapportés, dans les observations que nous avons pu réunir et dans les principaux traités classiques.

L'ulcération tuberculeuse de l'estomac étant rarement primitive, on observe dans ces cas, la plupart du temps, les symptômes généraux afférents à l'infection tuberculeuse, c'est-à-dire l'amaigrissement, la cachexie, la fièvre hectique, les insomnies, les sueurs nocturnes.

Localement et en ce qui concerne les phénomènes gastriques, il est difficile, et même pour ainsi dire presque impossible, de distinguer parmi ceux-ci, ceux qui peuvent revenir à l'ulcération tuberculeuse et ceux inhérents à la gastrite que provoque la tuberculose.

Comme signes physiques, on a noté la dilatation de l'estomac (Obs. VI, XIX, etc.), le météorisme et même le clapotement. •

Comme signes fonctionnels, l'anorexie et la dyspepsie ne présentent rien de bien particulier.

La douleur fait le plus souvent défaut (16 fois sur 21 cas) lorsqu'elle existe, elle est généralement modérée, sourde, localisée à la région xyphoïdienne, survient principalement d'après Max Einhorn après l'ingestion des aliments et disparaît graduellement au bout de deux heures. Elle peut subir, dans sa fréquence et son intensité, des variations assez considérables, mais dans aucun cas, elle ne simule la douleur en broche de l'ulcère simple. Peut-être cette sensation douloureuse (Debove et Rémond) est-elle due à l'irritation par sclérose des terminaisons nerveuses.

Le pyrosis, les renvois, les vomissements alimentaires, ont été observés, mais non d'une façon constante. Nous avons relevé 10 fois la mention de vomissements dans nos 21 observations.

D'après Einhorn, tantôt il y a diminution de l'acide chlorhydrique, tantôt au contraire (1 fois sur 7), il y a hyperacidité.

Dans une de nos observations (Obs. VI) la saveur acide des vomissements était prononcée.

On rencontre quelquefois des hématomés (4 fois sur 21). Elles sont généralement peu abondantes, noirâtres, d'autres fois, au contraire, elles sont rouges, extrêmement abondantes, pouvant atteindre jusqu'à deux ou trois litres (Obs. I) et entraîner la mort. C'est quelquefois le seul symptôme, comme par exemple dans le cas de Cazin (Obs. XIII) qui puisse mettre sur la voie du diagnostic.

Max Einhorn, a signalé le rejet avec les liquides provenant des lavages pratiqués à jeun de parcelles gastriques, reconnaissables au microscope par la présence de glandes gastriques bien conservées. Tant que la lésion n'atteint pas l'intestin, la constipation est de règle, au contraire aussitôt que ce dernier est pris, la diarrhée apparaît. Dans deux observations (Obs. VI et XIII) on a signalé du méléœna.

Tous ces symptômes, ainsi qu'on le voit, sont loin d'être pathognomoniques.

Un symptôme qui serait, pour Rokitansky et Förster, caractéristique de l'ulcération tuberculeuse et stomacale, est l'envahissement des ganglions de l'estomac pour la tuberculose. Malheureusement, c'est là un symptôme difficilement appréciable en clinique et qu'on ne peut guère constater qu'à l'autopsie.

Dans plusieurs cas par contre (Obs. VII et XVII), aucun symptôme n'avait pu révéler l'ulcération qui devint une trouvaille d'autopsie.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. —
PRONOSTIC.

La marche de cette affection, étant donné qu'elle survient habituellement chez des individus déjà malades est fatalement progressive. Néanmoins, on a pu rarement noter la guérison (Obs. IV) probablement dans des conditions particulières avec un bon état général. On a vu dans certains cas, survenir des rémissions et des améliorations passagères (Obs. VI et XVI).

La durée est difficile à préciser, cependant d'après MM. Debove et Rémond, on peut l'évaluer approximativement à 18 ou 20 mois.

Quant à la terminaison, sauf dans des cas exceptionnels, tel que celui signalé plus haut, elle est toujours fatale.

La mort dans ces circonstances est due, soit à l'hématomèse, soit à la perforation, soit au progrès de la cachexie. Le plus souvent le malade succombe à la tuberculose des autres organes ou à une affection intercurrente. D'après ce qui précède on voit quelle est la gravité du pronostic, encore plus du fait de l'infection tuberculeuse des autres organes que de la lésion gastrique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie, ainsi que nous venons de le voir par l'étude des symptômes, est très difficile à établir. Le seul signe positif que l'on ait de l'existence d'une ulcération est l'hématémèse, mais encore faut-il en déterminer la nature tuberculeuse.

Cliniquement, ainsi que nous l'avons dit, l'envahissement des ganglions signalé par Rokitansky et Förster est un signe illusoire.

On n'aura donc guère que des signes de présomption, fournis pour les autres manifestations de la tuberculose sur le malade, principalement l'entérite tuberculeuse, à laquelle pour la plupart des auteurs la tuberculose gastrique est le plus souvent consécutive.

Au point de vue du diagnostic différentiel, on aura à éliminer les différentes gastrites chroniques, la gastrite alcoolique entre autres, encore ce diagnostic sera-t-il souvent fort délicat, les tuberculeux atteints de gastrite présentant souvent des symptômes d'alcoolisme.

L'ulcère rond se reconnaîtra à la fréquence plus grande chez les femmes, à la chloro-anémie, à l'hyperchlorhydrie plus constante et plus accentuée que dans les cas de

tuberculose gastrique, au nervosisme et passe par suite aux caractères plus violents de la douleur en broche.

Dans certains cas, et surtout lorsque la lésion siège au pylore et en amène le rétrécissement, il s'ensuit une stase gastrique qui peut faire penser au cancer (Obs. VI et XX). Mais l'aspect général du malade, n'est pas le même dans la tuberculose et dans le cancer, dont la teinte jaune paille est caractéristique. Il y a en outre dans le cancer hypochlorhydrie et métastase dans les ganglions, principalement dans le creux sus-claviculaire gauche, ainsi que l'ont établi les travaux de M. Troisier.

Une étude approfondie des antécédents personnels et familiaux du malade pourra fournir des présomptions utiles.

Enfin dans les cas où il y a hématemèse, il faudra s'assurer, avant d'en faire un signe d'ulcération, qu'on n'a pas affaire à une hématemèse supplémentaire ou complémentaire.

Nous ne ferons que mentionner la syphilis dont les lésions gastriques sont extrêmement rares et surtout généralement méconnues.

TRAITEMENT

Nous ne pouvons entrer dans le détail de tous les traitements qui ont été préconisés contre la dyspepsie des tuberculeux.

L'ulcération tuberculeuse, de l'estomac ne comporte d'ailleurs pas d'indications bien spéciales. On devra s'efforcer de relever l'état général du malade par une alimentation substantielle, si cette dernière est bien supportée.

On soumettra le malade à un régime sévère et on lui prescrira des repas composés d'aliments légers, peu copieux, mais fréquents.

En cas d'intolérance gastrique absolue on soutiendra de son mieux les forces du malade par des lavements nutritifs.

Localement on se contentera d'une thérapeutique symptomatique surtout efficace contre la douleur ou les hématomésés. On pourrait donner à l'intérieur, d'après Einhorn, un peu de nitrate d'argent ; suivant le même auteur, les lavages à l'eau tiède seraient indiqués. Peut-être seraient-ils de quelque utilité, mais nous croyons

qu'il serait plus prudent de s'en abstenir, de crainte de provoquer une hématomérose ou une perforation.

Il a été question dans ces dernières années (Doyen de Reims), du traitement des ulcères gastriques par la résection et la suture, mais nous ne croyons pas que ce mode de traitement puisse jamais convenir aux malades atteints d'ulcérations tuberculeuses de l'estomac, parce qu'ils sont à ce moment où l'intervention pourrait être décidée, plus ou moins profondément cachectiques, et par conséquent dans de mauvaises conditions pour supporter une opération, et qu'en outre, il est de règle que l'estomac ne soit pas le seul organe atteint par la tuberculose.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Bignon, interne des hôpitaux.

Hématémèse mortelle, suite d'une perforation de l'estomac chez
un enfant de 6 ans 1/2.

F.... (Emile) est un petit garçon, âgé de 6 ans 1/2. Admis à plusieurs reprises à l'hôpital des Enfants pour divers accidents se rattachant aux diathèses scrofuleuses et tuberculeuses ; il entra une dernière fois, le 8 juin dernier (1852), dans le service des Maladies chroniques, alors sous la direction de M. Hillairet.

Cet enfant présente à son entrée, des ulcérations multiples à la région cervicale, plus nombreuses le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche.

L'apparence et la forme particulières de ces ulcérations, qui ont décollé la peau et profondément disséqué les muscles de cette région, font soupçonner une influence syphilitique. Une médication spécifique est en conséquence instituée. Une prompt amélioration se manifeste dès le début de cette médication et « semble » confirmer pleinement le diagnostic. Ajoutons qu'incidemment il est survenu pendant quelques jours, du côté droit de la

poitrine, des râles muqueux, sous-crépitaux, qu'on a cru devoir rapporter à un état phlegmasique du poumon.

Tels sont les antécédents et l'état de l'enfant qui fait le sujet de cette observation au moment où M. Roger prend possession du service le 1^{er} juillet dernier.

En présence des résultats obtenus par son prédécesseur, M. Roger continue, avec une certaine défiance cependant, le traitement anti-syphilitique. Le petit malade est d'une pâleur et d'une maigreur extrême. On voit de chaque côté du cou, le tissu inodulaire de récente formation circonscrivant quelques ulcérations qui persistent encore et qui ont environ l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Rien de notable ne survient jusqu'au mercredi 6 juillet. L'enfant fait ce jour-là son repas du matin comme à l'ordinaire. Vers midi, survient brusquement un premier vomissement de sang noir mêlé de caillots et d'aliments ; la moitié d'un crachoir en est remplie. L'interne de garde prescrit une potion anti-hémorrhagique.

A 3 heures de l'après-midi, une seconde hématomèse a lieu ; la crachoir achève d'être rempli de sang noir comme la première fois. Une demi heure après, une troisième hémorrhagie, et le malade expire.

Autopsie. — L'autopsie faite en présence de M. Roger, démontre une diathèse tuberculeuse, remarquable par la multiplicité de ses produits. Au-dessous des ulcérations que l'on avait crues syphilitiques et des brides de tissu inodulaire, on trouve d'énormes et nombreux tubercules non encore ramollis. De semblables tubercules accompagnent en très grand nombre la fin de la trachée et des bronches. Les poumons, sauf quelques petites granulations à chaque sommet, n'en offrent pas de traces. Des adhérences celluluses très nombreuses occupent la cavité pleurale droite. Peut-être faut-il rapporter à ces adhérences les râles

entendus pendant la vie. Les poumons sont d'ailleurs pâles, décolorés, ainsi que le cœur dont les cavités sont complètement vides de sang. Un flot de sérosité transparente, citrine, s'échappe au moment de la section des parois abdominales. Cette sérosité occupe un véritable sac kysteux, aplati, compris entre la paroi antérieure de l'abdomen et la masse intestinale.

Le grand épiploon adhère sur ses bords et par toute la surface contiguë aux intestins, englobe ceux-ci, et en forme une masse globuleuse bombée, arrondie. De sorte que la paroi abdominale antérieure étant enlevée, on croirait le paquet intestinal renfermé dans une sorte de kyste, formé par le grand épiploon, doublé des dépôts pseudo-membraneux très épais et farcis de milliers de granulations tuberculeuses. Dans certains points de cette surface, une anse intestinale se soulève un peu et forme un léger relief.

En faisant la dissection des intestins, on les trouve agglomérés, agglutinés ensemble en tous sens par les productions profondes de cette péritonite tuberculeuse. Le mésentère est rempli de gros tubercules, les uns ramollis, les autres à l'état caséeux. Le péritoine pariétal est également couvert de granulations tuberculeuses et présente même dans certains points de gros tubercules.

Près d'un verre de sang, analogue à celui qui a été vomi, remplit la cavité de l'estomac.

Cet organe incisé sur la petite courbure et lavé, on découvre sur la grande courbure, à la grosse tubérosité, une perforation circulaire très nette, de la grandeur d'une pièce de 25 centimes. Une notable quantité de sang s'est échappée par cette perforation et a infiltré le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Aucun vestige d'inflammation, ni d'ulcération ne l'environne, elle présente en un mot tous les caractères que l'on retrouve dans les perforations tuberculeuses.

D'ailleurs, un tubercule soulevant la membrane muqueuse qu'il n'a pas encore altérée, existe tout à côté et ne laisse aucun doute sur la nature de cette perforation.

Un autre tubercule entouré d'une infiltration sanguine interstielle et de quelques petites granulations tuberculeuses, se remarque à cinq centimètres environ du précédent et à droite, sur la paroi postérieure et l'estomac.

La perforation occupe exactement le lieu de la situation anatomique des vaisseaux gastro-épiploïques, qui rampent à la grande courbure de l'estomac. Un examen très attentif ne m'a point permis de découvrir l'ouverture, l'érosion du vaisseau ou des vaisseaux, qui ont fourni l'hémorrhagie gastrique. Mais on ne peut douter qu'il n'y ait eu lésion de ces vaisseaux gastro-épiploïques.

Il est facile de se convaincre par l'examen de la pièce pathologique, que les tubercules que nous venons de décrire, ont eu, à l'égard de l'estomac, une marche envahissante de dehors en dedans. D'abord développés sous le péritoine, ils ont soulevé en les détruisant les parois de l'estomac, et c'est à cette marche envahissante et destructive, que doit être rapportée la perforation, et l'hématémèse mortelle qui en a été la conséquence.

Ajoutons qu'il n'y avait point de tubercules, dans les méninges ni dans l'encéphale, et que l'examen de l'extrémité inférieure de l'un des fémurs et de la partie supérieure du tibia correspondant, n'en a point fait découvrir dans les os.

OBSERVATION II

Paulicky. *Berlin Klin Woch.*, IV, 34, 1867 (in-thèse de Marfan, 1887).

L'observation de *Paulicky* (1867) peut se résumer comme il suit : il existait dans la région pylorique quelques ulcérations,

irrégulières, de grandeur variable, dont les bords étaient tuméfiés et hyperhémisés. Une de ces ulcérations placée à la face antérieure s'était rompue et avait donné lieu à une perforation arrondie ; à la suite une péritonite emporta le malade.

Dans cette observation, les bords tuméfiés de l'ulcère semblent plaider en faveur de leur nature tuberculeuse, mais on n'a pas noté l'état des ganglions lymphatiques et l'examen microscopique n'a pas été fait.

OBSERVATION III

Pozzi. Ulcération tuberculeuse de l'estomac et de l'intestin chez un phtisique. *Bulletin de la société anatomique*, 1868.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, mort de phtisie pulmonaire, dans le service de M. Gallard, à la Pitié.

La totalité de la muqueuse intestinale est parsemée d'ulcérations très nombreuses, qui présentent dans le gros intestin une étendue considérable, quelques-unes n'ayant pas moins de 4 centimètres de largeur. Elles ont tous les caractères des ulcérations tuberculeuses ; les bords en sont festonnés et saillants et un examen attentif permet de constater sur le fond de la plupart d'entre elles, de petites nodosités dues à des granulations tuberculeuses, ou à des follicules clos hypertrophiés.

La lésion de la muqueuse stomacale offre un intérêt plus grand, vu l'extrême rareté des ulcérations tuberculeuses de cet organe. Au niveau de la grande courbure, et vers la partie médiane, siège une ulcération circulaire de 1 centimètre $1/2$ de diamètre, à bords boursoufflés et fermée par une sorte de bourrelet muqueux qui flotte dans l'eau. Sur le fond de l'ulcération de l'estomac, du côté du péritoine, on ne voit pas, comme dans la

plupart des ulcérations intestinales, de petites granulations miliaires semi-transparentes au-dessous de la séreuse.

L'examen microscopique a été fait par M. Cornil. La couche superficielle de la muqueuse, qui est intacte au pourtour de l'ulcération, renferme des glandes en tubes de l'estomac, dont plusieurs ont subi une dilatation vésiculeuse. Le rebord saillant de l'ulcère présente dans le tissu conjonctif sous-muqueux une prolifération considérable et une grande quantité d'éléments jeunes. Le fond de l'ulcération est formé par la couche musculuse; on voit aussi entre ces couches, et dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, une multiplication des éléments de ce tissu et de petites cellules en train de s'atrophier, comme dans toute néoformation tuberculeuse.

Deux remarques cliniques avant de terminer. Le sujet avait depuis plusieurs mois une diarrhée intense, à aucune période de sa maladie il n'avait été affecté de vomissements, sauf toutefois ceux produits pour les quintes de toux, comme chez la plupart des phthisiques.

OBSERVATION IV

Labadie-Lagrave, 1870 (In thèse Marfan, 1887). Société anatomique 1870.

En 1870, *Labadie-Lagrave* présente à la société anatomique une observation d'un très grand intérêt; à l'autopsie d'un vieux phthisique on trouve une cicatrice stomacale à la petite courbure et au niveau de cette cicatrice un ganglion fibreux adhérent à la paroi de cet organe. S'agissait-il d'un ulcère tuberculeux cicatrisé et d'un ganglion caséeux guéri? C'est ce qu'il eût été fort intéressant de discuter, mais qu'il était impossible de savoir.

OBSERVATION V

Lorey, interne des hôpitaux. Tuberculose bronchique et pulmonaire, ayant donné lieu à des phénomènes de compression des veines-caves; carie de la troisième côte; symphyse cardiaque. Ulcérations tuberculeuses de l'estomac, ayant amené la mort par hématomèse. Société anatomique, 1874.

Lal... (Paul), ajusteur, entre le 17 juillet 1874, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Mollard, et meurt le même jour.

Bons antécédents de famille et aucune maladie antérieure, jusqu'au mois de décembre 1873, époque à laquelle il entre à l'hôpital Saint-Sauveur à Lille, pour une bronchite.

Il sort amélioré le 1^{er} mars 1874, -mais au commencement du mois d'avril, il a deux hémoptysies abondantes. Il entre à l'hôpital Saint-Sauveur, on le renvoie en convalescence dans son pays, le 29 juin. En arrivant à Paris, à la descente du chemin de fer, il est pris d'un vomissement de sang abondant. On le transporté d'urgence à l'hôpital Lariboisière.

A son arrivée, le malade a encore deux hématomèses considérables, il rejette un sang noirâtre abondant, comparable à de la suie délayée.

État général mauvais, face grippée, amaigrie et regard inquiet. Teinte subictérique des conjonctives, dyspnée considérable; les veines du cou, surtout les jugulaires externes, sont gonflées, distendues et saillantes.

L'examen du malade révèle un développement notable du ventre avec ascite. Le foie est hypertrophié et a pris un énorme développement, il dépasse de cinq travers de doigt, le rebord des fausses-côtes. La matité a une hauteur de 23 centimètres.

Du côté des poumons, submatité aux deux sommets et en arrière. Râles sous-crépitaux humides, disséminés surtout en arrière. Ni toux, ni expectoration. En un mot aucune lésion grave en rapport avec la dyspnée du malade. Matité précordiale étendue, on perçoit confusément les bruits du cœur, qui sont obscurs et mal frappés. A la pointe on trouve un bruit de souffle sourd et mal défini sans prolongation du côté de l'aisselle.

Le pouls est petit, régulier, filiforme, 124. La langue est humide, sale, jaunâtre.

Pas de diarrhée.

On diagnostique « une affection cardiaque mitrale probablement avec congestion énorme du foie, œdème des membres inférieurs, ascite tuberculeuse ». Traitement approprié.

Le malade meurt une heure après la visite.

Autopsie. — Cavité abdominale. Toute la cavité du petit bassin est remplie par un liquide jaune citrin abondant. L'intestin et le péritoine paraissent sains. Le foie est énorme, en voie de dégénérescence graisseuse; c'est absolument le foie des maladies du cœur, à leur dernière période. La rate est volumineuse, se laisse facilement réduire en bouillie. L'estomac a ses parois épaissies, la muqueuse est congestionnée, ecchymotique, présentant çà et là sur les éminences mamelonnées de petites ulcérations, surtout nombreuses au niveau de la paroi postérieure. L'examen histologique fait par M. Liouville, a permis de constater que ces ulcérations étaient d'origine tuberculeuse; les parois de l'estomac étaient envahies par les tubercules.

Cavité thoracique. — Plèvre droite adhérente dans toute son étendue; en cherchant à la décoller, on tombe dans un vaste abcès constitué par un pus granuleux, caséux, et avoisinant une carie de la troisième côte au niveau de son angle antérieur. La

carie n'intéresse que la face interne de la côte, dans une étendue de 4 centimètres.

Les sommets des poumons présentent des masses tuberculeuses notables. La partie centrale et la base des poumons n'en offrent pas. Au niveau de la base gauche, plusieurs foyers superficiels d'apoplexie pulmonaire existent. Entre les deux poumons, on trouve une tumeur ganglionnaire énorme; le cœur et les vaisseaux englobés dans la masse. Le péricarde est épaissi, dégénéré, avec des ganglions tuberculeux. Les deux feuillets de la séreuse sont adhérents. La symphyse cardiaque est totale et complète. Les veines-caves sont comprimées.

La trachée comprimée, est déviée à gauche. Les bronches sont intactes, et tous les nerfs avoisinants sont rejetés en arrière de la masse et échappent ainsi à la compression.

OBSERVATION VI

Ulcère tuberculeux de l'estomac simulant un ulcère simple ou un cancer, par M. Hattute, médecin-major de 1^{re} classe (*Gazette des Hôpitaux*, 1874, N^o 108).

T..., brigadier des douanes, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital militaire de Cherchell, le 5 mai 1874. Il se plaint de vomissements alimentaires depuis environ 8 ans. Pas de maladies antérieures, sauf les fièvres intermittentes au Sénégal et une attaque de rhumatisme en Algérie.

Cet homme est profondément épuisé. Il éprouve à chaque repas des douleurs vives, lancinantes, au creux épigastrique; son estomac se gonfle, se ballonne et au bout d'un temps très court, dix à vingt minutes, plus rarement au bout d'une heure, les aliments sont brusquement expulsés en laissant dans le pharynx et la bouche une saveur acide très prononcée.

Tous les aliments, indistinctement, sont également mal supportés ; les liquides eux-mêmes, en si petite quantité qu'ils soient ingérés, sont vomis presque immédiatement après leur introduction dans l'estomac.

La facilité de la déglutition, faisant écarter l'hypothèse d'un rétrécissement de l'œsophage ou du cardia, on s'abstint de tout cathétérisme, et l'exploration porta sur la région épigastrique.

Par le toucher, la douleur s'exaspère et se localise vers l'hypochondre droit, au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen. A la percussion, tympanisme exagéré ne permettant qu'imparfaitement la délimitation du foie qui paraît très petit et commence à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon.

En présence de ces symptômes, aucun diagnostic ferme ne peut être porté.

Le malade ne présente pas la teinte caractéristique du cancéreux. Pas de point douloureux xyphoïdien, pas de douleur en broche, pas de vomissements bilieux. Le cancer, l'ulcère simple et la gastrite chronique étant par suite écartés, on s'arrête au diagnostic de dyspepsie, résumant les symptômes et ne préjugant rien.

T... fut mis au régime de la viande crue ou rôtie, du vin généreux, de l'eau de Vichy ; les contractions douloureuses de l'estomac sont calmées par l'ingestion de 1 gramme de chloral immédiatement avant les repas.

Une amélioration passagère se produisit. Les aliments parurent mieux supportés, les vomissements devinrent moins fréquents, les douleurs épigastriques moins violentes, mais vers la fin du mois, peut-être par suite d'accoutumance au chloral, tous les accidents se reproduisirent.

Bientôt l'état s'aggrava : œdème des membres inférieurs et des bourses, météorisme abdominal vomissements et mélcœna. Fièvre peu intense, continue. Mort le 15 juin.

Autopsie. — Péritoine. Des granulations miliaires et des masses tuberculeuses, ayant jusqu'au volume d'un pois, sont disséminées, tant sur les feuillets viscéraux que sur le feuillet pariétal de la séreuse.

Le grand épiploon est ratatiné, épaissi et farci de granulations.

L'estomac est considérablement dilaté. Il contient une assez grande quantité de liquide noir et visqueux. On sent à travers les tuniques de l'organe, son orifice pylorique garni d'un anneau dur, presque cartilagineux. La communication entre l'estomac et le duodénum est absolument oblitérée. Le rétrécissement est constitué par un anneau complet de un centimètre d'épaisseur. Cet anneau, sur lequel la muqueuse est relevée et détruite par places, est constitué par un amas de granulations ou de masses identiques à celles trouvées dans la cavité péritonéale : elles sont serrées les unes contre les autres, au sein d'un feutrage de tissu connectif qui leur forme de véritables loges.

Intestins : Sont atrophiés, d'un calibre considérablement diminué.

Ganglions mésentériques et bronchiques : Sont tous infiltrés de matière tuberculeuse à divers stades.

Poumons : Sains, crépitants et perméables dans toute leur étendue ; cependant à la base gauche, existent des adhérences pleurales anciennes et un noyau d'induration pulmonaire.

Centres nerveux non examinés.

L'examen microscopique des masses tuberculeuses et des granulations miliaires démontrent partout la présence des éléments du tubercule, aux différentes périodes de leur évolution.

Sur certains points de la tumeur pylorique, la muqueuse, profondément ulcérée par suite du travail de ramollissement tuberculeux, avait fourni, par la destruction de ses vaisseaux, des hémorrhagies abondantes, qui avaient coloré les vomissements de la période ultime.

OBSERVATION VII (résumée).

Litten. Ulcus ventriculi tuberculosum, in *Virchow's Arch.*,
1876, p. 614 (Résumée).

A l'autopsie d'un homme de 30 ans, on trouve des ulcérations tuberculeuses du larynx, des bronches, des poumons et dans le poumon gauche des traces d'une récente pleuro-pneumonie. Dans le péritoine, se trouvaient de nombreux ganglions tuberculeux.

Tandis que la muqueuse de tout le tube digestif était intact, il y avait sur la paroi antérieure de l'estomac au voisinage de la petite courbure, une perte de substance de la muqueuse, ayant une forme elliptique à grand axe dirigé suivant la petite courbure. Les bords de cette ulcération étaient nets et dentelés en partie creusés et infiltrés de sang. Sur ces bords se voyaient irrégulièrement placées des petites nodosités, grosses comme une tête d'épingle gris-jaunâtre, aplaties qui se rencontraient aussi à la périphérie de l'ulcération mais, d'une façon irrégulière. Mais, ces dernières étaient unies et paraissaient formées par la couche musculaire transversale.

La longueur de l'ulcération était de 4,2 centimètres, la largeur de 3,3 centimètres. La séreuse péritonéale au niveau de cette ulcération, comme en d'autres endroits de l'estomac était épaissie et couverte de tubercules miliaires petits et fort nombreux.

Déjà, à l'examen macroscopique, il était très vraisemblable qu'il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse de l'estomac. L'examen histologique qui montra dans ces nodosités tous les éléments caractéristiques du tubercule avec cellules géantes ne

laissa subsister aucun doute sur la nature tuberculeuse de cette lésion.

Cette ulcération n'avait donné lieu à aucun symptôme douloureux pendant la vie.

OBSERVATION VIII.

Théophile Anger, 1878 (In thèse Marfan, 1887).

En 1878 *M. Théophile Anger* communique à la société de chirurgie cette observation restée classique de tuberculose choroïdienne avec généralisation viscérale.

Pendant la vie, la malade avait eu de l'anorexie et des vomissements. A l'autopsie, l'estomac, dit M. Th. Anger, est assez difficile à isoler, parce qu'il est accolé aux organes voisins et à des masses tuberculeuses. On remarque à sa face interne, surtout au niveau de la grande courbure, un piqueté hémorragique et et dans le voisinage du pylore plusieurs ulcérations isolées qui correspondent à des indurations tuberculeuses de sa paroi. Dans l'intestin des ulcérations tuberculeuses sont constatées.

OBSERVATION IX.

Duguet, Méd. des Hôp. de la Faculté (in th. agrég. Spillmann, Paris, 1878, p. 172).

Trém..., âgé de 30 ans, garçon de restaurant entre à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Anne, n° 12, dans le service de M. Duguet le 12 octobre 1877.

Ce garçon né dans le Morbihan est à Paris depuis quelques années, après avoir épuisé ses ressources et celles de sa sœur il

se décide à entrer à l'hôpital. A son entrée il présente un état cachectique avancé, il est considérablement amaigri, facies terreux lèvres pâles, yeux excavés, le système pileux qui est rare est d'une longueur exhubérante. Les os font saillie et l'écorce musculaire a, pour ainsi dire fondu partout.

Trém .. tousse peu, on ne remarque dans la poitrine ni souffle, ni matité, ni râle caverneux. On trouve simplement aux deux sommets, une respiration un peu rude et une expiration très prolongée, quelques râles sous-crépitants s'observent après la toux. L'expectoration se compose de crachats muco-purulents comme ceux que l'on observe dans la bronchite chronique.

La langue est d'un rose un peu blanchâtre, l'appétit est très faible et capricieux, l'anorexie domine. De temps en temps surviennent des vomissements glaireux ou alimentaires mais ne contenant pas de sang. La soif est modérée. Douleurs épigastriques peu intenses.

Le ventre est légèrement en bateau. On remarque cependant une légère bosselure siégeant entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit, c'est le point le plus douloureux que le malade ait accusé.

Cette tumeur est sous-jacente à la paroi abdominale antérieure qu'elle soulève, son volume est celui d'un œuf de dinde, dont la surface est inégale et rénitente, elle est mobile et distante de l'épine et de la crête iliaques de deux travers de doigts.

Les mouvements communiqués à la tumeur sont très limités par suite d'adhérences qu'elle semble avoir contractées avec les parties voisines et aussi par la douleur que les mouvements provoquent. De plus cette tumeur est distante de un à deux travers de doigt de la ligne médiane.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Les selles sont liquides, peu abondantes, très fétides. Urines peu abondantes, pas d'albumine.

Tr... ne quitte pas son lit pour ainsi dire. Les nuits sont souvent troublées par des frissons, des coliques et des sueurs. Le diagnostic porté est ainsi formulé : péritonite circonscrite ayant pour point de départ des lésions tuberculeuses qui siègent à l'union du cœcum et de l'intestin grêle.

Le traitement est général et de plus il tend à supprimer les douleurs.

Enfin au bout de deux mois, les symptômes gastriques et pulmonaires allant en s'accroissant, une fièvre s'allume plus vive le soir que le matin; des râles sous-crépitaux se font entendre dans toute la poitrine. L'abdomen météorisé est douloureux un peu partout; de plus, le malade ne pouvant rien absorber et vomissant sans cesse, épuisé par la fièvre et la diarrhée, meurt le 17 décembre.

Autopsie. — Pratiquée le 19 décembre.

Montre : Que les adhérences de la tumeur sont d'origine tuberculeuse avec un peu d'épanchement dans la cavité péritonéale.

L'intestin présente des ulcérations notamment à 1 m. 1/2 du pyllore, puis à 2 mètres et à 50 centimètres de la valvule de Bauhin.

La valvule iléo-cæcale est en partie détruite.

L'estomac présente quelques granulations miliaires à sa surface, puis après ouverture on remarque au voisinage de la région pylorique une ulcération de la muqueuse mesurant environ un millimètre de diamètre.

M. Rémy alors interne de M. Duguet en fit l'examen microscopique, dont nous allons résumer le rapport.

L'ulcération est nettement de nature tuberculeuse, la muqueuse est seule atteinte, le fond est formé par la couche celluleuse de l'estomac, les bords par une partie du néoplasme tuberculeux non entièrement détruit recouverts de muqueuse ceux-ci sont excavés

et la muqueuse se renverse dans l'ulcération ; les glandes entourant l'ulcération semblaient avoir augmenté de volume.

La lésion siège dans le chorion de la muqueuse, au-dessous des glandes, dans la couche transparente du tissu lamineux qui est appliquée sur la couche musculaire de la muqueuse (tissu adénoïde de His) et dans la musculeuse muqueuse elle-même.

Il existe là un noyau tuberculeux dont le centre est détruit, mais sur la périphérie duquel on peut bien reconnaître la disposition propre à toute lésion tuberculeuse.

La périphérie du noyau est formée par l'accumulation d'innombrables éléments nucléaires du tissu lamineux, fusant entre les glandes et le long de quelques vaisseaux de la tunique celluleuse.

Le centre du noyau est formé d'éléments mal limités, finement granuleux groupés en masses confuses, jaunâtres, résistant à l'action du carmin.

Le foie, la rate et les reins sont un peu congestionnés, sans traces de tubercules ou de dégénérescence graisseuse. Testicules non tuberculeux. Poumons présentent des tubercules miliaires nombreux et à droite, au sommet des tubercules jaunâtres, à la base du poumon gauche existent plusieurs noyaux de pneumonie catarrhale récente, ganglions trachéo-bronchiques tuberculeux.

Cœur peu volumineux mais ne présentant aucune altération.

L'encéphale ne présente rien à relever.

OBSERVATION X

Phthisie locale, ulcérations tuberculeuses de l'estomac et de l'intestin, carreau, par Ch. Talamon, interne des hopitaux. *Progrès médical*, 1879, p. 46.

H... (Lise) âgée de 4 ans et demi, entra le 25 mai 1871, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Triboulet. Cette enfant élevée loin de sa mère, paraît avoir vécu dans le plus complet abandon; c'est à peine si malgré son âge, elle sait dire quatre à cinq mots.

La femme à qui elle a été confiée, ne donne que des renseignements très vagues sur son compte. L'enfant aurait eu la coqueluche il y a un an. Elle a une diarrhée habituelle depuis un temps qui ne peut être précisé. L'hiver dernier, on s'est aperçu qu'elle avait les pieds et les mains gonflés et violacés, comme dans les angelures. Ce gonflement persiste depuis lors; parfois aussi la face était un peu enflée. Depuis quinze jours, l'œdème des pieds a fait des progrès et a gagné jusqu'au genou. Celui de la face, est devenu permanent. Actuellement la face est d'une pâleur mate, bouffie; avec gonflement tremblottant des paupières et des joues. Les pieds et les mains sont œdematiés, violets et froids; cet œdème forme sur la face dorsale une véritable tumeur rénitente, d'un bleu violacé. Aux membres inférieurs l'œdème remonte jusqu'aux genoux, la sensibilité des extrémités est intacte.

Les battements du cœur, sont faibles, mais réguliers; sans bruit anormal.

Les urines sont claires, d'un jaune citrin, ne contenant ni sucre ni albumine.

L'enfant ne tousse pas, le murmure respiratoire est normal dans les deux poumons. Le ventre est gros, mais sans tension, il est peu douloureux à la pression. Trois ou quatre selles liquides, verdâtres dans les vingt-quatre heures. L'enfant, qui aurait eu quelques vomissements ces jours derniers, boit aujourd'hui du lait avec avidité et ne vomit plus. La diarrhée persiste les jours suivants à raison de quatre ou cinq selles dans les vingt-quatre heures.

La petite malade s'affaiblit progressivement et meurt le 16 juin, sans avoir présenté aucun phénomène nouveau à noter.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort.

Le cerveau est ramolli par la putréfaction cadavérique, on n'y trouve pas de tuberculose.

Thorax. — Pas d'adhérences pleurales. Un peu de congestion hypostatique des bords postérieurs des poumons.

On sent, vers la partie moyenne du lobe supérieur du poumon droit, un noyau dur, du volume d'une amande. Sur une coupe, ce noyau, dont le tissu plonge au fond de l'eau, est d'un rouge sombre, au centre duquel on voit trois petits grains caséeux, gros comme des grains de chènevis, et, au pourtour de ces grains caséeux, une dizaine de fines granulations grises, petites comme des têtes d'épingles. Dans l'épaisseur des deux lobes inférieurs, on trouve trois noyaux semblables d'hépatisation, entourant des petits amas caséeux, de la grosseur d'une lentille. Nulle part ailleurs dans le poumon, il n'existe de tubercules.

Les ganglions bronchiques ne sont pas augmentés de volume ; trois ou quatre seulement sont infiltrés de matière caséuse jaunâtre, mais sans être plus gros que des pois.

Un peu de sérosité dans le péricarde.

Le cœur est vide de sang, ses parois sont flasques, les valves sont saines.

Abdomen. — Le foie est rougeâtre, semé de quelques plaques jaunes sans augmentation de volume, pas de tubercules.

La rate, à sa face convexe, est enveloppée de fausses membranes purulentes, verdâtres, molles. On ne trouve pas cependant de tubercules sous la capsule, non plus que dans l'épaisseur de l'organe, dont le tissu est très ferme.

Même dureté anormale des reins ; le volume est ordinaire, la surface lisse, la capsule s'enlève facilement. Il n'y a pas de granulations tuberculeuses.

La vessie et les organes génitaux ne présentent pas non plus de tubercules. La cavité péritonéale renferme un peu de liquide louche, le mésentère est rouge, avec arborisations vasculaires.

Les anses intestinales sont libres. A leur face externe, de distance en distance, on voit de larges plaques violacées qui indiquent l'existence d'ulcération de la muqueuse. Au-dessus du paquet intestinal, apparaît une masse bosselée, mamelonnée, du volume des deux poings ; formée par les ganglions mésentériques caséifiés. Les ganglions sont distincts les uns des autres, gros comme des noix, indurés de couleur blanc-jaunâtre, quelques-uns présentent à leur surface des arborisations vasculaires.

Tube digestif. — Le pharynx et l'œsophage sont d'apparence normale. L'estomac est notablement dilaté, rempli de matières alimentaires liquides grisâtres. La muqueuse est de couleur gris blanchâtre, pâle, sans trace d'injection. Sept ulcérations sont disséminées à sa surface ; deux au voisinage du cardia, rapprochées l'une de l'autre, trois espacées le long de la grande courbure, les deux dernières vers le pylore, sur le petit cul-de-sac.

Les deux ulcérations voisines du cardia se touchent presque, ce sont les plus grandes, mais les moins profondes ; l'une est arrondie et a la grandeur d'une pièce d'un franc ; l'autre est ovale et serait couverte par une amande. Leur fond est blanc gri-

sâtre et ne paraît pas dépasser la muqueuse ; les bords sont soulevés, saillants, formant des petits mamelons rougeâtres.

Les trois ulcérations de la grande courbure sont plus petites. Elles ont une apparence étoilée, due à des replis froncés, d'un rouge vif, formés par la muqueuse et rayonnant autour de l'ulcération comme centre ; celle-ci est grisâtre, en entonnoir, profonde, paraissant creusée au-delà de la muqueuse, n'ayant pas d'ailleurs plus de 5 à 6 millimètres de diamètre.

Les autres ulcérations situées au niveau du petit cul-de-sac, ont à peu près l'étendue d'une pièce de 50 centimes, elles sont analogues aux deux premières, et présentent les mêmes bords saillants et rougeâtres.

Tout l'intestin grêle, du duodénum à la valvule de Bauhin, est semé de longues ulcérations transversales, occupant, les plus petites, la moitié de la circonférence, les plus grandes la presque totalité du pourtour de l'anse intestinale ; leur longueur ne dépasse pas 10 à 15 millimètres. Cette disposition transversale est surtout marquée dans le duodénum, le jéjunum. Dans l'iléon, les ulcérations s'arrondissent, deviennent ovalaires. Quelques-unes sont longitudinales et occupent les plaques de Peyer. Ce sont des ulcérations profondes, arrivant en général jusqu'au péritoine. Il suffit au niveau de certaines, du moindre tiraillement pour produire la déchirure de l'intestin. Le fond de l'ulcération est gris-verdâtre, tomenteux, semé de saillies rougeâtres ou noirâtres, les bords sont déchiquetés, irréguliers, saillants, généralement colorés en rouge.

Dans le cæcum, pas d'ulcération, non plus que dans le colon. La muqueuse est seulement semée de quelques arborisations vasculaires. Mais dans le rectum, un peu au-dessous de l'S iliaque, on trouve encore une vaste ulcération de 5 à 6 centimètres de long sur 2 de large, ayant le même aspect que les ulcérations de l'intestin grêle.

Examen microscopique fait par F. Balzer, préparateur au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux.

L'évolution des tubercules qui ont produit ces ulcérations se rapproche beaucoup de celle des gros tubercules de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

A un faible grossissement, couche de mucus avec cellules rondes et cellules à pepsine ; puis couche glandulaire irritée, enfla dans le tissu conjonctif sous-muqueux, et empiétant sur la *muscularis mucosæ*, le tubercule avec sa constitution classique, mais un peu allongé dans le sens transversal à la forme d'une lentille biconvexe.

Zône caséuse. — Petites cellules granuleuses, contenues dans un réticulum à larges mailles, contenant des vaisseaux oblitérés et formant une masse opaque.

Le gros tubercule résulte de la confluence de plusieurs granulations. La partie de la *muscularis mucosæ*, comprise dans cette zone, a ses faisceaux musculaires qui ont subi la dégénérescence granuleuse.

Zône embryonnaire. — Du côté de la face profonde des tubercules, infiltrés dans les mailles du tissu conjonctif et enserrant les vaisseaux, qui sont comprimés et oblitérés en différents points par prolifération de leurs éléments ; principalement ceux de la tunique interne.

Pas de cellules géantes typiques.

Zône péri-tuberculeuse. — Il y a des éléments ressemblant aux cellules géantes. La couche glandulaire est vivement irritée, même à distance des ulcérations.

Infiltration et prolifération des cellules embryonnaires, autour des culs-de-sac et de leurs vaisseaux.

Les cellules glandulaires sont multipliées et leurs noyaux aussi ;

secrétant exagérément du mucus et revêtant dans leur ensemble l'aspect de plaques à noyaux multiples.

Dans la couche sous-muqueuse, moins d'irritation et d'infiltration embryonnaire. La moitié profonde de cette couche reste même saine.

Au niveau de l'ulcération, à faible grossissement, la forme de l'ulcération est en entonnoir, à sommet dirigé vers la cavité de l'estomac et à base vers les parties profondes.

La muqueuse, forme à elle seule les bords sur lesquels on voit la coupe de la *muscularis mucosæ*. Le fond de l'ulcère est constitué par les débris de la zone caséuse. A la périphérie les zones embryonnaires et péri-tuberculeuses ont les caractères précédemment décrits.

A un fort grossissement, les lésions sont les mêmes que précédemment.

OBSERVATION XI

Mort rapide par hématomèse. Ulcération de l'estomac, par Gille Bréchemin, interne des hôpitaux (*Bulletin de la Société anatomique*, 16 mai, p. 452, 1879).

Mil. . . , âgé de 18 ans, imprimeur, entre le 19 avril, salle Saint-Henri, lit 14, dans le service de M. le D^r Constantin Paul.

Le malade présente tous les caractères de la constitution scrofuleuse ; dans son enfance, il a eu des maux d'yeux rebelles, des éruptions tenaces à la face et des abcès froids dans les régions sous-maxillaires et cervicales.

Les abcès d'origine ganglionnaire ont laissé des cicatrices indélébiles et caractéristiques. Encore aujourd'hui, les ganglions du cou sont engorgés.

Au commencement de l'hiver de cette année, c'est-à-dire il y a 4 ou 5 mois, le malade s'est mis à tousser, il a perdu ses forces et ne peut plus travailler. Jusque-là, il s'était bien porté et n'avait pas eu de maladie grave. Dans sa famille il n'y a point de tuberculeux.

Etat actuel. — L'état général n'est pas trop mauvais. Le malade est un peu amaigri et affaibli, mais rien ne permet de penser à une mort prochaine. Il a des sueurs nocturnes et de la fièvre hectique. L'appareil digestif fonctionne bien, l'appétit est bon, les digestions régulières; le malade n'a ni vomissements, ni diarrhée, il n'accuse pas de douleurs à l'épigastre.

Les signes fournis par la percussion et l'auscultation des poumons, établissent que ces organes sont le siège d'une infiltration tuberculeuse, étendue aux deux tiers de leur hauteur.

Les lésions sont un peu plus avancées dans le poumon droit, où il paraît exister une petite caverne au sommet. Les choses étaient en cet état, quand le malade fut brusquement pris d'hématémèse dans la journée du 30 avril. Il rendit en très peu de temps, deux à trois litres de sang rouge et mourut deux heures après.

Autopsie. — Infiltration tuberculeuse des deux poumons, avec ramollissement dans les sommets. Dans l'estomac, on trouve une ulcération large comme une pièce de 50 centimes et reposant sur un fond induré. Les bords en sont saillants et forment un bourrelet circulaire à la surface de l'ulcération, on remarque une masse blanchâtre, d'apparence caséuse, qui est probablement constituée par un nodule tuberculeux ramolli. A ce niveau le péritoine est épaissi et renforcé par des néo-membranes vasculaires. Le reste de l'estomac est sain, on n'y rencontre ni tubercules, ni ulcérations; non plus que dans l'intestin grêle ou

dans le gros intestin. Tout l'appareil digestif est rempli de sang.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Sabourin, a montré que les bords et le fond de l'ulcération étaient remplis de granulations tuberculeuses serrées les unes contre les autres. Quelques-unes surtout, au voisinage de l'ulcération, étaient en dégénérescence caséuse. Ces granulations étaient surtout nombreuses dans la partie profonde du derme, au niveau des culs-de-sacs glandulaires.

OBSERVATION XII

Troubles gastriques de la tuberculose. Mémoire inédit de Quénu, 1879 (in thèse de Marfan, 1887).

Dans son mémoire de 1879, M. Quénu rapporte qu'il a observé dans le service de M. le professeur Richet un cas d'ulcère tuberculeux de l'estomac.

OBSERVATION XIII

Extraite d'un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des tuberculisations viscérales.* Des tubercules de l'estomac spécialement chez l'enfant, par M. Cazin, médecin de l'hôpital Maritime de Berck-sur-Mer.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans $1/2$, admise deux ans auparavant à l'hôpital de Berck-sur-Mer, pour adénopathies énormes du côté gauche du cou, ayant donné lieu à des abcès et à des fistules ; son état général était mauvais. Au bout de dix-huit mois,

on appréciait une amélioration notable; l'enfant avait belle apparence et était colorée. Les fistules étaient cicatrisées, les ganglions restaient volumineux et semblaient s'indurer.

Trois mois plus tard (mars 1879) en prenant possession du service, M. Cazin constatait le même état et l'intégrité des diverses fonctions et appareils.

Vers le mois de juin, l'enfant rejeta par la bouche une petite quantité de sang; elle ne raconta ce fait que plus tard et on ne put être fixé sur sa nature.

Le 9 décembre, sans aucun phénomène gastrique antécédent et sans autre trouble antérieur de la santé, qu'un peu d'amaigrissement et d'alanguissement depuis quelque temps, la petite fille fut prise tout à coup d'un vomissement et rejeta un demi-verre de sang environ. Le lendemain, on constate le début d'un érysipèle de la face avec fièvre vive, et l'enfant fut admise à l'infirmerie. Là, on lui administre, sans prescription du médecin, 0 gr. 50 de poudre d'ipéca.

A la suite de ce vomitif, elle est prise d'une hématomèse violente de sang noir et de selles diarrhéiques sanglantes, noirâtres et poisseuses. On évalua à 500 grammes la quantité de sang rejetée.

A ce moment, le docteur Cazin discute le diagnostic, il écarte l'hypothèse d'une hématomèse supplémentaire ou provenant d'une autre source que l'estomac, et ainsi celle d'un ulcère simple, avec une grande sagacité, il arrive à conclure à une ulcération tuberculeuse de l'estomac.

Sauf une nouvelle selle grisâtre et contenant quelques caillots sanguins, survenue le lendemain, il ne se montre plus dès lors aucun phénomène qui indique une nouvelle hémorrhagie. Mais l'érysipèle fait des progrès. Il s'y joint quelques symptômes de péritonite, une fièvre intense avec état typhoïde et l'enfant meurt le 15 décembre, six jours après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouve quelques tubercules à l'état crétaé dans les sommets des poumons, des tubercules en grand nombre dans les ganglions bronchiques ; d'autre part, un épanchement séro-purulent assez abondant dans le péritoine, et, en outre, diverses lésions viscérales accessoires.

Mais voici maintenant des lésions qui doivent fixer notre attention. Notons d'abord que l'intestin ne présente aucune tuberculose, ni aucune trace de perforation ; c'est dans l'estomac qu'on trouve les altérations les plus importantes à notre point de vue : sur la face postérieure de l'estomac, près du cardia, est une ulcération presque circulaire, du diamètre d'une pièce de 20 centimètres, à bords déchiquetés et décollés, entourée d'une zone de congestion intense. Son fond est gris-rougeâtre, constitué par le tissu conjonctif sous-muqueux ; sur le fond, on aperçoit quatre petits corps d'un blanc-jaunâtre, enchâssés dans le tissu cellulaire sous-jacent, qui ne sont autre chose que des tubercules. Dans le voisinage de cette ulcération existe un ramollissement pulpeux, rouge foncé, de la muqueuse, recouvrant des granulations analogues aux précédentes. Enfin dans toute cette région du cardia, on voit une quarantaine de granulations disséminées d'une façon irrégulière et recouvertes par la muqueuse à peine altérée. Dans le reste de l'estomac, on trouve dans une grande étendue des lésions congestives et hémorrhagiques de la muqueuse gastrique. Dans l'épiploon gastro-hépatique, on trouve encore un tubercule cru du volume d'un pois, et, au-devant de la colonne vertébrale deux gros ganglions lymphatiques infiltrés de tubercules.

L'examen microscopique a confirmé la nature tuberculeuse de toutes les lésions qui viennent d'être indiquées et montré ces lésions aux diverses phases de leur développement.

OBSERVATIONS XIV et XV

Eppinger. *Ueber. Tub. des Magen und des Esoph. Prag. med. Woch...*, 1881 (in thèse de Marfan, 1887).

En 1881, *Eppinger* publie deux intéressantes observations de tuberculose stomacale. La première a trait à un homme de 30 ans, qui avait présenté pendant la vie les signes d'un emphysème du poumon avec dilatation du cœur droit ; il avait eu aussi des douleurs d'estomac et de la diarrhée. Le résultat de l'autopsie fut le suivant : tuberculose du poumon droit ; emphysème intercurrent ; dilatation du cœur droit ; sclérose de la rate, des reins, du foie ; tuberculose miliaire du poumon, du rein, de l'estomac. Rien dans l'intestin. Sur la muqueuse de l'estomac, on voyait du cardia au pylore, une quantité innombrable de pertes de substance, variant de la grosseur d'un grain de chènevis à une surface de un centimètre et demi de diamètre. Ces ulcérations sont entourées de bords qui forment un rempart, un bourrelet, dominant le fond jaunâtre, lisse ou granuleux, suivant les points. On voit aussi un très grand nombre de granulations grises ou jaunes enchâssées dans la muqueuse et formant une saillie. L'estomac est sillonné de plis. C'est un estomac aréolaire ou à cellules.

La seconde observation d'Eppinger a trait à un aliéné qui mourut avec des phénomènes d'œdème pulmonaire. Or, l'autopsie donna les résultats suivants : Tuberculose ulcéreuse du sommet droit. Tuberculose miliaire du poumon, de l'estomac, du foie ; atrophie du cerveau ; œdème pulmonaire.

L'estomac était dilaté et plissé (état aréolaire). En avant et en arrière des ulcérations sous forme de trainées blanches ; ces ulcérations de la dimension d'un petit pois ont des bords épais,

formant un bourrelet, un « rempart » limitant le fond jaunâtre. En dehors de ces ulcérations, toutes les parties de la muqueuse sont parsemées de granulations miliaires dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis. Rien dans l'intestin.

OBSERVATION XVI (résumée).

Tuberculose pulmonaire, tuberculose du péricarde, du foie, des reins, des testicules, des ganglions lymphatiques, du mésentère. Ulcération tuberculeuse de l'estomac, par M. Mathieu. Société anatomique, 1881.

Le nommé X..., âgé de 58 ans, garçon de magasin, entre dans le courant de septembre salle Saint-Charles, n° 33 bis, dans le service de M. le professeur Proust, à Lariboisière.

Le malade déclare tousser depuis quatre à cinq mois, amaigrissement, dépression des forces, travail impossible.

Au moment de l'entrée, la fièvre est vive, la face semble légèrement bouffie. Les jambes présentent un peu d'œdème, cet œdème aurait été cependant considérable quelques jours avant l'arrivée à l'hôpital.

Signes de tuberculose pulmonaire assez avancée.

Battement du cœur sourd, indistinct.

Pas de souffle. Pouls petit et rapide.

Urines pâles, sans albumine.

Diarrhée habituelle, sueurs nocturnes abondantes. Pas de vomissement.

Induration de l'épididyme et du testicule gauches, cordon gros et dur.

Les lésions pulmonaires progressent, l'œdème augmente, il se fait de l'ascite, les urines sont pâles, quelquefois albumineuses.

L'amaigrissement et l'affaiblissement s'accroissent rapidement ; la fièvre est intense, la dyspnée de plus en plus marquée, somnolence comateuse. Mort le 13 octobre. Deux ou trois jours avant, on avait noté une teinte ictérique et des urines rougeâtres.

Autopsie. — Poumons, lésions banales, cœur, péricardite adhésive, sans épanchement, le cœur est augmenté de volume, globuleux, dilaté.

Foie, 1750 grammes, aspect cirrhotique.

Reins, le droit volumineux, le gauche plus petit. Aspect de gros rein blanc. Testicules, lésions banales.

Etude histologique, rien de particulier sur testicule, foie, péricarde, reins.

La muqueuse gastrique présentait des ulcérations.

Des coupes pratiquées au niveau des ulcérations gastriques montrent que ces lésions sont aussi tuberculeuses. A la partie superficielle, on trouve un agrégat de granulations arrondies, caséuses, en voie de destruction et d'élimination. Plus profondément au contact des faisceaux musculaires de la tunique circulaire, il est facile de reconnaître la nature tuberculeuse de cette infiltration. Les faisceaux musculaires lisses sont dissociés par la masse tuberculeuse, çà et là se distinguent des follicules munis de cellules géantes.

Dans la masse elle-même, se rencontrent des débris de fibres musculaires encore faciles à reconnaître. Il n'est plus question des glandes, ni de la couche sous-muqueuse, elles ont complètement disparu. Il est donc impossible de déterminer, d'après cette coupe, quelle a pu être l'origine première de la lésion, le lieu d'implantation du tubercule.

OBSERVATION XVII (résumée).

Coats-Glasgow. Medical Journal, 1886.

Chez un petit enfant mort dans le marasme, et sans qu'aucun symptôme eût attiré l'attention du côté de l'estomac, l'auteur trouva sur la muqueuse gastrique un grand nombre d'ulcérations granuleuses et superficielles, qui présentaient nettement la structure et les bacilles de la tuberculose.

Les ulcérations rappelaient comme aspect les ulcérations tuberculeuses de la vessie, plutôt que celles de l'intestin.

OBSERVATION XVII (résumée).

Contribuzione alla casuistica della tubercolosi dello stomaco,
par Serafini. *Ann. Clin. del Osp. de Napoli*, 1888.

A l'autopsie d'un homme de 33 ans, tuberculeux et ayant présenté pendant la vie des symptômes analogues à ceux de l'ulcère rond, Serafini a trouvé deux ulcères ronds typiques de un centimètre de diamètre, et un grand nombre d'ulcérations folliculaires.

Sur les bords des ulcères, et entre les ulcérations folliculaires, on voyait, à un examen attentif à l'œil nu et à la loupe, de nombreux nodules très petits plus ou moins gris et jaunâtres.

Au microscope, des nodules tuberculeux s'apercevaient dans la tunique sous-muqueuse et à diverses profondeurs, depuis la tunique muqueuse jusqu'à la tunique musculaire.

On ne pouvait constater nettement la présence de tubercules

autour des ulcérations folliculaires. Les tubercules renfermaient de très rares bacilles de Koch.

OBSERVATION XIX (Résumée).

M. Barbacci, *in Lo Sperimentale*, mai 1890.

M. V..., soldat d'infanterie, âgé de 22 ans, mort à l'hôpital civil de Modène. Autopsie faite 23 heures après la mort (Résumée).

Cœur normal, adhérences pleurales bilatérales, poumons légèrement emphyémateux et tuberculeux aux sommets. Traces de péritonite tuberculeuse.

Estomac. — La grande courbure dépasse l'ombilic, ce viscère présente de nombreuses adhérences, dont quelques-unes très résistantes, avec les anses voisines de l'intestin grêle.

Reins anémiés. Foie un peu augmenté de volume, présentant des traces de dégénérescence graisseuse. Traces de périhépatite. Rate adhérente aux organes voisins.

A l'ouverture de l'estomac, muqueuse ardoisée, recouverte de mucus dense, présentant quatre grandes ulcérations.

La première occupe la demi circonférence inférieure de l'anneau pylorique; elle est infundibuliforme et s'ouvre vers la cavité du pylore, par un orifice irrégulièrement ovalaire, dont le grand axe, parallèle à la grande courbure de l'estomac, mesure environ 3, 5 centimètres. Bords saillants, irréguliers, frangés, gris-jaunâtres, entourés d'une zone de tissu infiltré et surplombant par places, le fond de l'ulcération. Ce dernier, tomenteux, rouge sale, reposant sur du tissu infiltré, présente des striés et des pointillés jaunâtres. A la partie antérieure, existe une forte adhérence avec une anse intestinale que l'ulcération a envahie, après avoir per-

foré toutes les parois de l'estomac. Toutefois il n'y a pas à proprement parler une fistule complète.

Les ganglions du pylore sont très tuméfiés et caséux à leur centre.

La seconde ulcération est située sur la paroi antérieure de l'estomac à un centimètre et demi du pylore. Elle est sensiblement des mêmes dimensions et du même aspect que la précédente. Sa cavité, de forme conique, intéresse, de même que la précédente, une anse intestinale adhérente à l'estomac est incomplètement perforée.

La troisième ulcération, toujours sur la paroi antérieure de l'estomac, distante de 3 centimètres de la précédente, est presque régulièrement circulaire, elle a un diamètre de 1,5 centimètres environ et présente les mêmes caractères que la précédente. Toutefois, elle n'atteint pas jusqu'à la séreuse, notablement épaissie à ce niveau.

Sur la paroi postérieure de ce même viscère, à l'union de la grande courbure et du grand cul-de-sac, se trouve la quatrième ulcération. Elle représente un cercle à peu près parfait, d'un diamètre un peu supérieur à 2 centimètres. Les bords sont relevés, déchiquetés, gris jaunâtres. Située sur un tissu épaissi, elle ne dépasse pas les limites de la muqueuse, mais le fond, vers son centre, est perforé d'un orifice, irrégulièrement ovoïde, mesurant 7 millimètres, et aboutissant à une cavité qui s'enfonce perpendiculairement, dans l'épaisseur des parois stomacales, sans pourtant les perforer. Sur le point correspondant de la séreuse, il existe un fort épaississement, présentant l'aspect d'une nodosité superficielle. Ça et là, sur le reste de la muqueuse gastrique, on observe quatre ou cinq autres ulcérations arrondies, du volume d'une lentille environ, à bords relevés et plus ou moins déchiquetés.

Enfin, disséminés sur toute la superficie de la muqueuse, sont

de petites ulcérations, grosses comme des têtes d'épingles non saillantes, circulaires généralement, à bords nets, taillés à pic et à fond infundibuliforme.

Le long de la petite courbure, nombreux ganglions lymphatiques tuméfiés, dont quelques-uns sont en voie de dégénérescence caséuse à leur centre. Les ganglions mésentériques sont dans le même état.

Dans tout le reste du tube digestif, excepté dans le duodénum et la première portion du jéjunum, nombreuses ulcérations d'aspect classique.

Rien à noter dans l'appareil génito-urinaires.

Examen histologique. — En dehors des ulcérations, la muqueuse présente une infiltration constituée par des cellules embryonnaires, petites, arrondies pour la plupart, qui pénètrent entre les culs-de-sac glandulaires.

L'infiltration s'étend également, quoique plus faiblement à la *muscularis-mucosæ* et à la sous-muqueuse. Ce sont-là les lésions banales du catarrhe chronique de l'estomac.

Au niveau des plus petites ulcérations, l'infiltration est plus considérable; principalement sur les bords où toute trace d'éléments glandulaires a disparu.

Au niveau de la face interne des bords et du fond, les cellules embryonnaires présentent à leur partie superficielle une couleur jaunâtre due à des pigments sanguins altérés.

Au voisinage de l'ulcération, la *muscularis mucosæ* est également infiltrée. Mais toutefois ses fibres musculaires sont encore reconnaissables, sauf dans la partie tout à fait contiguë au bord et au fond, où elles disparaissent complètement.

La sous-muqueuse, outre l'infiltration de cellules embryonnaires, présente aussi par places des îlots de leucocytes.

Les ulcérations un peu plus grandes, présentent les mêmes

caractères, le seul fait à signaler est, l'extension de l'infiltration embryonnaire à la tunique musculaire de l'estomac.

Sur les grosses ulcérations, on voit l'infiltration augmenter à mesure qu'on approche des bords.

Par places, les cellules jeunes se réunissent en noyaux arrondis assez bien délimités reposant sur la *muscularis mucosæ* et plus ou moins caséifiés au centre.

Ces nodules, sont entourés de vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Les glandes sont de plus en plus altérées à mesure qu'on approche davantage des bords de l'ulcère. A ce niveau c'est à peine si l'on retrouve quelques traces reconnaissables d'éléments glandulaires.

Le fond de l'ulcère présente les mêmes caractères que nous avons décrits précédemment, sauf qu'il repose sur la tunique musculaire de l'estomac, qui se trouve perforée à son centre.

La séreuse présente les mêmes altérations qu'au niveau des ulcères non perforants.

Quant aux petites ulcérations de la dimension d'une tête d'épingle, elles comportent des pertes de substance assez régulières, ne dépassant presque jamais la muqueuse. Le fond et les bords sont également plus ou moins infiltrés de cellules rondes, mais on n'y retrouve pas les nodules arrondis et caséifiés au centre. Ces petites ulcérations, ne sont probablement pas de nature tuberculeuse.

Quant aux autres ulcérations, malgré l'absence de cellules géantes dans les nodules, elles sont nettement tuberculeuses ; la preuve en est, en la caséification des ganglions qui recevaient les lymphatiques des régions ulcérées.

OBSERVATION XX (inédite).

Due à l'obligeance de MM. Mathieu et Rémond.

X..., 24 ans, entre à l'hôpital Andral, le 2 juin 1890, salle des hommes, n° 11, lit n° 3.

Pas d'antécédents, ni personnels, ni héréditaires. Ce malade considérablement amaigri se plaint de vomir depuis trois mois et demi, tout ce qu'il mange. En même temps, il accuse de vives souffrances au niveau de l'estomac. Les vomissements ont en général lieu deux heures environ après le repas, et quelquefois le matin au réveil. Ils se composent de matières noires, couleur de suie, mélangés tantôt aux aliments récemment ingérés, tantôt à des fragments qui ont séjourné plusieurs jours dans l'estomac.

A la palpation, on constate un clapotage manifeste, mais on ne trouve pas de tumeur appréciable.

A la percussion, la limite inférieure de l'estomac semble située à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les autres organes sont sains ; au sommet gauche en avant, on constate seulement de l'inspiration rude et de l'expiration saccadée. Au sommet droit, quelques craquements disséminés au niveau de la fosse sus-épineuse.

Le malade nous dit qu'il éprouve fréquemment dans les mollets et dans les muscles de l'avant-bras des crampes douloureuses ; ces crampes se produiraient surtout après les vomissements.

3 juin. — Lavage de l'estomac à jeun. On retire avec la sonde environ deux litres et demi d'un liquide noirâtre, d'une odeur infecte, mélangé de sang, de mucus et de débris alimentaires putréfiés.

La réaction de ce liquide est alcaline.

Le liquide est filtré ; une partie (180 cc.) précipitée par le sulfate d'ammoniaque, est soumise à la dialyse pour éliminer l'excès de sel. Le précipité est ensuite recueilli, redissous dans l'eau et injecté à un cobaye. L'animal succombe en dix minutes avec des convulsions. Une deuxième portion (170 cc.) est précipitée par l'alcool absolu et le précipité est également injecté à un cobaye, celui-ci résista.

Enfin une troisième partie (180 cc.) est évaporée dans le vide à basse température et le résidu, repris par l'eau distillée, est introduit dans la cavité péritonéale d'un cobaye qui résiste également.

Le 4 juin. — Lavage. On retire comme la veille des masses de liquide, puis on introduit par la sonde le mélange suivant.

Poudre de viande.....	25 grammes.
Bic. de soude.....	10 grammes.
Magnésie.....	4 grammes.
Eau, Q. S. p. une bouillie claire.	

Le 5 juin. — Lavage. La quantité du liquide retirée est un peu moindre que la veille, mais il est impossible à l'œil nu d'y constater si l'estomac renfermait encore de la poudre de viande de la veille. L'odeur de ce liquide est si insupportable que nous renonçons à en faire l'examen microscopique.

Diagnostic. — Rétrécissement néoplasique du pylore.

On institue un traitement comprenant le lavage régulier tous les matins, un repas de poudre de viande alcalinisée et le régime lacté.

Le 20 juillet. — Le lavage le matin ne permet plus de retirer de l'estomac que quelques rares caillots de lait. Le liquide noirâtre des premiers jours ne se reproduit plus. La constipation a cédé. On ne perçoit plus de clapotage.

Les crampes ont complètement disparu. Le malade se plaint de tousser depuis quelques jours.

Le 25 août. Le malade sort très amélioré au point de vue gastrique ; il a même engraisé, mais il tousse beaucoup et commence à cracher. A plusieurs reprises, il a eu des sueurs nocturnes.

Le malade rentre le 18 septembre, salle des hommes II, lit n° 7. L'estomac n'est plus douloureux ni spontanément, ni après les repas. Le malade ne vomit plus, mais il tousse ; l'expectoration est abondante, la fièvre atteint 38°5 à 39° le soir et les sueurs nocturnes le fatiguent beaucoup. Il a de nouveau beaucoup maigri.

Nous essayons de le suralimenter, mais la tuberculose pulmonaire fait de rapides progrès ; les phénomènes hectiques s'accroissent de jour en jour et le malade succombe le 23 novembre 1890.

Autopsie le 24 novembre.

Tuberculose pulmonaire banale.

Pas de tuberculose intestinale.

L'estomac est dilaté. La muqueuse, lisse, pâle, est peu injectée.

L'épaisseur de la paroi est normale.

Le pylore rétréci, laisse difficilement passer l'index.

Au niveau de la valvule pylorique, la muqueuse noirâtre, épaissie, froncée, se soulève de façon à former deux brides, larges de près d'un centimètre, au-dessous desquelles deux fistules permettent d'arriver au-delà de la valvule dans le duodénum. On introduit facilement une tige de bois du volume d'une allumette dans chacune de ces fistules.

La paroi du pylore est épaissie dans sa totalité. On trouve au voisinage quelques petits ganglions indurés du volume d'un pois à celui d'une noisette.

La séreuse ne présente ni granulations, ni lymphangite, ni exsudats inflammatoires.

En incisant la muqueuse au niveau des fistules, on constate çà et là quelques granulations.

Au microscope on trouve dans la profondeur de la muqueuse des foyers limités à leur périphérie par des cellules rondes ; au centre de ces amas de petites cellules existe de la dégénérescence caséuse.

Dans un de ces foyers, à la périphérie, au point où les cellules rondes font place au tissu sain, nous constatons, en colorant les coupes par la méthode de Ziehl, trois ou quatre bacilles de la tuberculose très nets.

Au niveau de ces lésions, les glandes gastriques sont manifestement altérées. Beaucoup d'entre elles ne sont plus représentées que par leur fond et la plupart ont perdu une plus ou moins grande étendue de leur canal excréteur.

En outre, on trouve à la coupe des espaces alvéolaires qui ne sont autre chose que des canaux glandulaires oblitérés et déplacés dont l'épithélium a perdu ses caractères et qui sont devenus kystiques. Au niveau des points qui sont infiltrés de petites cellules, les rapports entre la muqueuse et la musculuse de la muqueuse sont complètement détruits ; enfin toute l'épaisseur de la paroi est sillonnée par d'épais tractus de tissu conjonctif, si bien qu'il est difficile par place de s'orienter.

Nous avons pu également colorer deux bacilles dans un des ganglions qui existaient au voisinage du pylore.

OBSERVATION XXI (personnelle).

Ulcération tuberculeuse de l'estomac. Ulcérations tuberculeuses multiples de l'intestin. Tuberculose des organes génitaux. Ostéite tuberculeuse du tibia gauche. Mort par péritonite par perforation avec purpura.

La nommée B... Louise, âgée de 31 ans, journalière, entre le 6 juin dans le service de M. le professeur Proust, salle Sainte-Madeleine, lit n° 10, pour des douleurs de ventre et une éruption purpurique généralisée.

Les parents sont bien portants. La malade a une petite fille de 4 ans bien portante.

Elle n'a jamais fait de maladie grave, ni de fausse couche. Elle a toujours été bien réglée. Depuis deux mois elle souffre dans le bas-ventre et ses règles se sont arrêtées ; en même temps elle a beaucoup maigri. C'est surtout depuis quinze jours que les douleurs sont devenues plus vives et s'irradient dans tout l'abdomen, elles sont constantes avec exacerbations paroxystiques. Deux jours avant son entrée à l'hôpital il s'est fait une éruption de purpura surtout marquée au niveau des membres.

Etat actuel. — A son entrée la malade est extrêmement pâle, amaigrie et affaiblie et présente un aspect cachectique très marqué. La température est de 38°,2. Le corps et particulièrement les avant-bras et les cuisses sont couverts de taches purpuriques, qui sont extrêmement confluentes au niveau de la face postérieure des avant-bras, au point de donner une teinte noirâtre presque uniforme.

Quelques heures après son entrée la malade a rendu un peu de sang en vomissant. Les gencives sont fongueuses et le siège

de petites hémorrhagies. Les urines sont teintées de sang et par suite albumineuses.

A la partie moyenne du tibia gauche la peau présente un orifice fistuleux qui communique avec un foyer d'ostéite suppurée. Au dire de la malade, cette lésion serait déjà ancienne, antérieure aux douleurs abdominales; elle ne peut fixer la date du début.

L'abdomen est tendu, dur, plus saillant du côté gauche. Il est le siège de douleurs sourdes exagérées par la pression. Le ventre est sonore à la percussion dans toute son étendue. La palpation révèle une induration profonde en plastron s'étendant depuis l'hypogastre jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Par le toucher vaginal on sent dans les culs-de-sac postérieur et gauche une tumeur grosse comme la moitié d'une tête de fœtus, dure, irrégulière, occupant tout le bassin, où elle est immobilisée. Le col de l'utérus est effacé et semble se continuer avec la tumeur. On a en somme l'impression que donne au toucher un cancer du corps de l'utérus.

Par le toucher rectal, on sent la tumeur en avant, mais elle n'exerce qu'une faible compression sur le gros intestin et le doigt remonte aisément dans le rectum.

L'examen du thorax dénote à la base droite, en arrière de la submatité, quelques frottements. Les vibrations sont très affaiblies à ce niveau. On ne note rien d'anormal dans le reste de la poitrine, ni au niveau du cœur.

Le pouls est régulier, mais petit et assez rapide.

Pendant les deux jours qui suivent, l'état général s'aggrave considérablement, la température se maintient à 38°,6, pour s'élever à 39° le 9 juin au matin. La faiblesse s'accroît de plus en plus; les hématomésés se répètent et se compliquent d'épistaxis; l'éruption purpurique se généralise et devient plus con-

fluente; l'empâtement du ventre augmente; la constipation est absolue. Enfin, le 9 au matin, les extrémités se refroidissent et la malade succombe à midi.

Autopsie (le 10 juin). — A l'incision de la paroi abdominale, on trouve le gros intestin tellement adhérent aux téguments qu'on est obligé de les enlever ensemble.

La cavité abdominale présente une petite quantité de liquide, louche, d'odeur stercorale, les anses intestinales sont réunies entre elles par des adhérences, mais en aucun point on ne trouve de granulation tuberculeuse à la surface du péritoine.

A l'ouverture de l'intestin, on voit que le cæcum est le siège de nombreuses ulcérations dans le fond et au voisinage desquelles on reconnaît nettement des granulations tuberculeuses jaunâtres. Au-dessus de l'orifice iléo-cæcal, on trouve une ulcération assez étendue avec perforation communiquant avec la cavité péritonéale et ayant donné lieu à la péritonite constatée. Le colon descendant présente trois ulcérations tuberculeuses, irrégulières, ayant chacune les dimensions d'une pièce d'un franc. La muqueuse de l'intestin présente en plusieurs points de petites ecchymoses. En soulevant le foie pour dégager l'estomac, on voit que le viscère est adhérent par sa face postérieure avec la face antérieure de l'estomac au niveau de la région pylorique. En ouvrant alors l'estomac avec précaution, pour le retirer, on constate que sur sa face antérieure, à deux centimètres environ du pylore, se trouve une ulcération irrégulièrement ovalaire, dont le grand diamètre est à peu près égal à celui d'une pièce d'un franc. Les bords de cette ulcération forment un bourrelet s'enroulant vers la profondeur, ils sont décollés, au-dessous, la cavité est anfractueuse et le fond est constitué par le parenchyme hépatique dans lequel le processus ulcératif a creusé une fissure serpentineuse.

Si on libère l'estomac en sectionnant une large tranche du

foie, comprenant la zone adhérente à l'ulcère et dépassant cette zone de 3 ou 4 centimètres, on voit que l'estomac est intimement accolé au foie sur un espace grand comme une pièce de 2 francs, tout autour les adhérences deviennent plus lâches et permettent d'écarter ces deux organes. Au niveau de ces adhérences on constate des granulations jaunâtres ayant les apparences de petits tubercules.

Tout le parenchyme hépatique semble infiltré de graisse. Le foie est d'ailleurs augmenté de volume. Les poumons présentent à leur surface de nombreuses granulations grises. A la base droite le poumon est accolé à la plèvre pariétale par des adhérences récentes. Le cœur est petit, mais sans lésion. Les reins sont normaux.

Le corps de l'utérus, la trompe et l'ovaire gauche forment une grosse masse irrégulière, informe, de la grosseur du poing, uniquement constituée de matière caséreuse, jaunâtre. Du côté droit les annexes ont subi également une transformation caséreuse, mais il est possible de les reconnaître et de les distinguer de la masse utérine, surtout la trompe qui a conservé son aspect cylindrique. En fendant l'utérus, on retrouve sa cavité qui est remplie de fongosités.

Le tibia gauche, est le siège d'une ostéite qui a creusé dans l'intérieur une cavité dans laquelle on peut introduire l'index.

Examen bactériologique. — Des frottés de lamelles faits avec le pus de l'ostéite et de la substance caséreuse des organes génitaux, et traités par la méthode de Ziehl, montrent de nombreux bacilles de Koch.

Examen histologique de l'ulcération de l'estomac (communiqué par M. Bourges). — Sur des coupes comprenant le bord de l'ulcération et traversant successivement les parois de l'estomac

et le parenchyme hépatique qui y adhère, on voit que les cellules des glandes gastriques sont peu distinctes, que leurs noyaux ne se colorent pas ; au contact de l'ulcération les éléments glandulaires se confondent en un tissu de nécrose uniformément coloré. Immédiatement au-dessous des culs-de-sac glandulaires se voient sur certains points quelques petits tubercules caséux. Mais ils sont bien plus nombreux et affectent des dimensions bien plus considérables dans la tunique celluleuse, dont ils occupent souvent toute l'épaisseur. Ces tubercules sont constitués par des amas caséux plus ou moins complètement entourés d'un anneau de cellules embryonnaires mais ne présentent pas de cellules géantes. Au voisinage de ces tubercules on voit souvent des artères rétrécies et oblitérées par un thrombus.

La tunique musculieuse ne renferme pas de tubercule constitué mais seulement une infiltration embryonnaire diffuse entre les faisceaux musculaires.

Entre le tissu hépatique et la musculieuse, le tissu cellulaire renferme à nouveau de nombreux tubercules à centre nécrotique.

Le parenchyme du foie est le siège d'une dégénérescence graisseuse périportale très étendue, laissant à peine quelques îlots de cellules hépatiques se colorant mal. La plupart des espaces portes sont sclérosés, les artères qu'ils contiennent ont leur calibre rétréci et sont entourées de cellules embryonnaires. Sur quelques points les cellules des canalicules biliaires sont desquamées. La coupe du tissu hépatique est semée çà et là de tubercules caséux renfermant des cellules géantes.

En étudiant la structure des bords de l'ulcération sur toute la hauteur des coupes, on voit qu'elle est constituée par des tubercules en voie de fonte caséuse au niveau des diverses tuniques de l'estomac, tandis que la fissure qui pénètre le foie est bordée d'un détritus de cellules graisseuses, où l'on retrouve très peu de tubercules.

Observations	Auteurs	Malade		Manifestations tuberculeuses	Symptômes	Complications	Mort p
		Sexe	Age				
I	Bignon	M	6 1/2	Scrofule. Tub. gan- glionnaire.	Cachexie. Hématémèses	Perf. (de deh. en ded.)	Hématém
II	Paulicky	»	»	»	»	Perforation	Périton
III	Pozzi	M	39	Tub. pulm. Ent. tub.	Diarrhée, pas de vomissem.	»	Phtisie pul
IV	Labadie Lagrave	M	avancé	Tub. pulm.	»	»	Phtisie pu
V	Lorey	M	22	Tub. pulm.	Subictère, pas de diarrhée	»	Hématém
VI	Hattute	M	47	»	Douleur, dilat. gastr. tymp. Vomissements, Melœna.	»	Cachex
VII	Litten	M	30	Tub. pulmonaire et laryngée.	Aucun symptôme	»	»
VIII	Th. Anger	M	»	»	Anorexie, vomissements	»	»
IX	Duguet	M	30	Tub. pulm. cachexie	Anorexie, vomissem. doul.	»	Cachex
X	Talamon	F	4 1/2	Péritonite, carreau	Diarrhée, vomissements.	Carreau	Cachex
XI	G. Bréchemin	M	18	Ser., ad. tub., T. pul.	Hématémèse	»	Hématém
XII	Quénu	»	»	»	Troubles gastriques	»	»
XIII	Cazin	F	12 1/2	Adénite tuberculeuse	Hémat. répétées, Melœna	Péritonite	Erysipé
XIV	Eppinger	M	30	Tuberculose pulm.	Douleur, diarrhée	»	Phtisie pul
XV	»	M	»	Tuberculose pulm.	Dilatation gastrique	»	Œdème pu
XVI	Mathieu	M	58	Tuberculose général.	Diarrhée, pas de vomissem.	»	Phtisie pul
XVII	Coats	M	»	Tuberculose pulm.	Aucun symptôme	»	Cachex
XVIII	Sérafini	M	33	Tuberculose pulm.	Ulcère rond	»	Cachex
XIX	Barbacci	M	22	»	»	»	Cachex
XX	Mathieu et Rémond	M	24	Tuberculose pulm.	Vomis., douleur, dilat. gas- trique, clapotage.	»	Cachex
XXI	Personnelle	F	31	Tub. gast-int. et gen. Ostéite tub. du tib.	Hématémèses	»	Périt. par p et ulcér.

CONCLUSIONS

I. — L'ulcère tuberculeux de l'estomac est une affection très rare. Nous n'avons pu en réunir que 21 observations.

Dans tous les cas, la lésion gastrique était accompagnée de manifestations tuberculeuses frappant d'autres organes.

II. — Ces ulcérations sont uniques (17 fois) ou multiples (4 fois); elles siègent le plus souvent au niveau du pylore et de la grande courbure.

Macroscopiquement, leur spécificité n'est démontrée que par la présence de petites granulations tuberculeuses jaunâtres, dans le fond ou dans le voisinage de l'ulcère.

Microscopiquement, on reconnaît leur nature tuberculeuse à la présence de cellules géantes et de follicules embryonnaires à centres caséux, ainsi que de bacilles de Koch.

III. — Dans plusieurs cas, aucun symptôme n'attirait l'attention du côté de l'estomac (8 fois sur 21), et la constatation de l'ulcère a été une trouvaille d'autopsie.

Dans tous les autres cas, sauf une (Obs. XIII), la

nature de la lésion gastrique n'avait pas été diagnostiquée.

Les symptômes observés le plus souvent sont, par ordre de fréquence : les vomissements alimentaires, une douleur généralement peu prononcée, des hématomèses, de la dilatation stomacale et du méléna.

IV. — L'ulcération tuberculeuse de l'estomac peut déterminer la mort, en provoquant une péritonite par perforation ou une hémorrhagie foudroyante par ulcération d'un vaisseau. Mais le plus souvent le malade succombe à une autre manifestation tuberculeuse.

Vu : le Président de la thèse,
PROUST

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANGER (Th.). — Société de chirurgie 1878.
- BALZER. — Contribution à l'étude de certaines érosions hémorrhagiques de l'estomac. *Revue de médecine*, 1877, p. 514.
- BARBACCI (Otton). — Une forme rare de tuberculose de l'estomac. *Lo Spérimentale*, Maggio 1890, p. 475.
- BARTHEZ et RILLIET. — *Traité des maladies des enfants*. T. II, p. 183.
- BENEKE. — *Archiv. f. Physiol.* 10 ter Jahrg 2 hft p. 301.
- BESNIER. — *Bul. Soc. Anat. Paris*, 1857, T. II. p. 115.
- BIGNON. — *Ibid.* 1853, n° 6 et thèse Paris, 1854.
- BIRCH. — HIRSCHFELD. *Lehrb. der path. Anat.* 1883.
- BOURRIGAULT. — *Th. Paris*, 1894.
- BRAYER. — *Th. Paris*, 1893. Contribution à l'étude de la perforation de l'estomac.
- BRENS. — *Wien. med. Wochenschr.* 1878, n° 11.
- BRINTON. — *Traité des maladies de l'estomac* (Traduction française, 1870).
- CAZIN. — Contribution à l'étude des tuberculisations viscérales, des tubercules de l'estomac, spécialement chez les enfants. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1880 (Rapp. de M. Fernet).

COATS. — Glasgow. Med. Journ., 1886.

CRUVEILHIER. — Anat. pathol. génér. Vol. IV, p. 719 (1830-1842).

DEBOVE et REMOND. — Tr. des malad. de l'est., p. 225.

DESPINE et PICOT. — Manuel prat. des mal. de l'enfance, 1889, p. 892.

DIEULAFOY. — Manuel de path. interne. T. II, 7^e édit. Paris, 1894.

DUGUET. — Cité par Spillmann.

EINHORN (Max). — Acad. de méd. de New-York, 17 mai 1894.

EPPINGER. — Prag. med. Woch., nos 51-52, 1881.

— Ueber tuberculose der Magens und œsophagus, 1881, VI.

FERRAND. — Soc. de thérap. Paris, 8 mai 1895.

FRASER (Th. R.). — D'Edimbourg. Sem. méd. Paris 1894, p. 98.

GILLE BRÉCHEMIN. — Soc. anat. Paris, 16 mai 1879.

GRANCHER et HUTINEL. — D. Dech. XXIV, p. 653, 1887.

HATTUTE. — Gazette des hôp. N° 108. Paris, 1874.

HAYEM. — Soc. de biol. Paris, 23 fev. 1895.

KUHL. — Inaug. dissert. Kiel 1889.

LABADIE-LAGRAVE. — Bull. soc. anat. Paris, 1870.

LANGE. — Memorabilien XVI, 3, 1871.

LEBERT. — Tr. d'anat. pathol. génér. et spéc. T. II, p. 183.

LITTEN. — Ulcus ventriculi tuberculosum, in Virchow's archiv. Bd. 67, p. 614, 1876.

— Arch. f. path. anat. J... Berlin, 1876.

LOCHE. — Th. Paris, 1893.

LOREY. — Bull. Soc. anat. Paris, 1874, p. 596.

LUTON. — Art. Estomac. D. Jac. T. XIV, p. 213, 1871.

- LYON. — L'estomac chez les tuberculeux. Gaz. hôp. Paris, 1892, n. 101.
- MARFAN. — Hôpital des enfants malades. Sem. méd. 1893, p. 427.
- Troubles et lésions gastriques de la pht. pulm. Th. Paris, 1887.
- Les ulcérations gastriques. Gaz. hôp. N° 51. Paris, 1887.
- MATHIEU. — Bull. soc. anat. Paris, 1881, p. 652-661.
- MAUDEREAU. — Th. Nancy, 1893-1894.
- MONTALTI. — De l'estomac des tuberculeux. Th. Lyon, 1893-1894.
- MOREAU. — Tuberculose. Prophylaxie alimentaire. Th. Paris, 1894.
- MUSSER. — (J.-H.). — Tuberculaus ulcer of the stomach. Phil. hosp. rep. 1890, I, 117-124.
- OPPOLZER. — Berlin. Klin. Woch., n. 41, 1867.
- ORTH. — Lehrb. der path. anat., p. 713, 1887.
- PAULICKY. — Berlin. Klin. Woch., n. 34, 1867.
- POZZI. — Ulcérations tub. de l'estomac et de l'intestin chez un phtisique. Bull. soc. anat., XLIII, 386, Paris, 1868.
- QUÉNU. — Mémoire inédit, 1879. In thèse de Marfan.
- REHN. — Jahrb. f. Kind. Heilkde, p. 79, 1874-1875.
- RISPAL. — Contrib. à l'étude des troubles gastriques dans la phtisie pulmonaire. Th. Lyon, 1893-1894.
- ROKITANSKY. — Lehrb. der path. anat. 3^e édit. Bd. III, p. 177, 1861.
- SERAFINI (A.). — Contribuzione della casuistica della tubercolosi dello stomaco. Annal. clin. del osp. de Napoli. 1888.
- SPILLMANN. — Tuberculose du tube digestif, p. 100. Paris, 1878.

STRAUS. — La tuberculose et son bacille. Paris, 1895.

TALAMON. — Progrès médical, p. 46, 18 janvier 1879.

TOULMOUCHE. — Des ulcérations de l'estomac. Arch. de méd., 1860.

WILSON FOX. — A system of Medicin. Reynold's II.

